CZU 616.8(079)
G26

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF *Nicolae Testemițanu*,
proces-verbal nr. 2 din 15 februarie 2007

**Autor:** *Mihail Gavriliuc*, dr. hab. med., conferențiar universitar

**Redactor:** *Sofia Fleștor*
**Machetare computerizată:** *Veronica Istrati, Natalia Dorogan*

**Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții**

**Gavriliuc, M.**

Teste de autoevaluare şi autocontrol la neurologie şi neurochirurgie / M. Gavriliuc; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova, Inst. de Neurologie şi Neurochirurgie. – Ch.: CEP "Medicina", 2008 – 432 p.

100 ex.

ISBN 978-9975-915-40-3

616.8(079)

ISBN 978-9975-915-40-3

# INTRODUCERE

Lucrarea a fost elaborată în corespundere cu cerinţele actuale privind procesul de instruire şi perfecţionare a studenţilor, rezidenţilor şi medicilor practicieni în domeniul neurologiei şi neurochirurgiei.

Studiul individual, cel din auditoriu şi de la patul bolnavului, sub conducerea unui dascăl experimentat, necesită o verificare permanentă a cunoştinţelor obţinute. Pe de o parte, testarea permite fiecărui cititor să se documenteze despre lacunele pe care le are la fiecare temă, pe de altă parte, îi oferă pedagogului posibilitatea de a aprecia obiectiv cunoştinţele celui instruit.

La alcătuirea testelor am insistat asupra următoarelor exigenţe unificate:

1) să fie adecvate; 2) să fie simple; 3) să fie concordante cu materialul din manual.

Lucrarea cuprinde patru tipuri de teste:

- complement simplu (din cinci răspunsuri doar unul este corect);
- complement multiplu (din cinci răspunsuri sunt corecte două, trei sau patru);
- asociere simplă (afirmaţiile notate cu litere trebuie asociate cu afirmaţiile notate cu cifre);
- relaţie cauză–efect, răspunsurile cărora se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi există o relaţie de tip cauză–efect între ele;

B – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi nu există o relaţie de tip cauză–efect între ele;

C – dacă prima afirmaţie este adevărată, iar cea de a doua este falsă;

D – dacă prima afirmaţie este falsă, iar cea de a doua este adevărată;

E – dacă ambele afirmaţii sunt false.

Ultimul capitol se numeşte „Cazuri clinice" şi conţine 120 de probleme de sinteză, a căror construcţie ierarhică presupune stabilirea diagnosticului clinic, de localizare a maladiei şi indicarea măsurilor principale de diagnostic şi tratament, pe parcurs menţinându-se vigilenţa continuă în simptomatologia neurologică.

Răspunsurile corecte la teste şi întrebările din cazurile clinice se află în capitolele şi paginile concrete ale manualului "Neurologie şi neurochirurgie" (D. Gherman, I. Moldovanu, Gr. Zapuhlâh; Chişinău, 2003). Autorii, în calitate de experţi, au contribuit esenţial la formularea şi revizuirea întrebărilor, fapt pentru care le aduc sincere mulţumiri şi le sunt recunoscător.

Sperăm că această lucrare va fi un instrument util în procesul de cunoaştere, examinare, orientare şi actualizare a cunoştinţelor în patologia sistemului nervos. În acelaşi timp, nu ne facem iluzia că ea nu are neajunsuri. De aceea, vom ţine cont de toate observaţiile şi sugestiile cititorului.

**Autorul**

# 1. PRINCIPII FUNCȚIONALE DE ORGANIZARE A SISTEMULUI NERVOS

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Sunt numite aferenţe semnalele care:
   A. Pornesc de la SNC spre periferie.
   B. Ajung la SNC.
   C. Efectuează mişcarea.
   D. Realizează secreţia glandulară.
   E. Nici un răspuns nu este corect.

2. Toate celulele corpului uman sunt capabile de reproducere, cu excepţia:
   A. Eritrocitelor.
   B. Limfocitelor.
   C. Celulelor nervoase.
   D. Hepatocitelor.
   E. Trombocitelor.

3. Teaca de mielină a axonului contribuie la:
   A. Creşterea vitezei de conducere a impulsurilor de-a lungul axonului.
   B. Menţinerea integrităţii axonului.
   C. Menţinerea transportului axonal anterograd.
   D. Eliberarea neurotransmiţătorilor.
   E. Menţinerea transportului axonal retrograd.

4. Fibrele nervoase care au toate învelişurile, adică teaca de mielină, teaca Schwann, se găsesc în:
   A. Substanţa cenuşie.
   B. Sistemul nervos vegetativ simpatic.
   C. Substanţa albă din sistemul nervos central.
   D. Nervul optic.
   E. Structura nervilor periferici.

5. Mielina este:
   A. O masă semifluidă, în continuă scurgere de la celulă spre periferie.
   B. Un fascicul de neurofibrile.
   C. Un complex axonal proteic ce conţine tubulină.
   D. Un fosfoaminolipoid.
   E. O membrană cu o compoziţie trilamelară: două straturi monomoleculare de proteină şi un strat bimolecular cu lipide, situat între ele.

6. Neuroblastul este:
   A. Celula care realizează legăturile dintre neuroni.
   B. Unitatea genetică din care derivă neuronul.
   C. O unitate funcţională cu capacitatea de propagare a influxului nervos.
   D. O unitate trofică, care, în caz de lezare axonală, induce o serie de modificări biologice în corpul neuronului şi în prelungirea lui axonală.
   E. O unitate patologică, independentă de celelalte celule nervoase.

7. Indicaţi definiţia corectă a sinapsei:
   A. Joncţiunea dintre terminaţiile axonale şi alţi neuroni, celule musculare, celule glandulare.
   B. Locul unde teaca Schwann vine în contact direct cu neuritul.
   C. Un fascicul de fibre nervoase, separate între ele prin ţesut conjunctiv interstiţial.
   D. O teacă conjunctivă care înconjoară nervul periferic.
   E. Nici un răspuns nu este corect.
8. Elementul-cheie al structurii moleculare, care participă la decodarea mesajului sinaptic, este constituit din:
   A. Endonerv.
   B. Epinerv.
   C. Axolemă.
   D. Receptori.
   E. Unitate neurală.
9. O caracteristică fiziologică importantă a sinapsei este polarizarea, ceea ce înseamnă că:
   A. Are capacitatea funcţională de propagare a impulsului electric.
   B. Fenomenele bioelectrice se produc numai în sinapsa respectivă şi nu se transmit altor sinapse.
   C. Primind impulsul electric, membrana postsinaptică îşi schimbă potenţialul electric.
   D. Participă la traducerea spre faţa internă a membranei celulare a informaţiilor primite.
   E. Impulsul este direcţionat întotdeauna de la axon spre următorul neuron din circuit sau spre muşchii şi glandele deservite de axon.
10. Cele mai numeroase celule la nivelul sistemului nervos central sunt:
   A. Oligodendrocitele.
   B. Astrocitele.
   C. Neuronii.
   D. Celulele Schwann.
   E. Celulele alfa.
11. Cel mai important factor neurotrof este:
   A. Factorul postsinaptic excitator.
   B. Factorul postsinaptic inhibitor.
   C. Factorul de creştere nervoasă.
   D. Factorul de regenerare axonală.
   E. Factorul de transport axonal.
12. Alegeţi descrierea corectă a celulelor capsulare:
   A. Sunt elemente gliale ce înconjoară corpii neuronali la nivelul ganglionilor senzoriali şi autonomi.
   B. Reprezintă corespondentul oligodendrocitelor la nivelul sistemului nervos periferic (SNP).
   C. Sunt celule gliale mici, cu un număr mic de procese.
   D. Reprezintă unitatea funcţională de bază a sistemului nervos.
   E. Sunt fagocite, ce iau naştere din macrofage şi înglobează resturile rezultate din lezarea, infecţiile sau bolile SNC.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Indicați structurile care formează sistemul nervos central:
   A. Creierul.
   B. Măduva spinării.
   C. Nervii cranieni.
   D. Nervii spinali.
   E. Nervii autonomi şi ganglionii acestora.

2. Repartizarea spațială a neuronilor sistemului nervos formează următoarele tipuri de circuite:
   A. Funcțional.
   B. Muscular.
   C. Reflex.
   D. De releu.
   E. Conductiv.

3. Funcția de recepție senzitivo-senzorială a sistemului nervos este compusă din următoarele structuri:
   A. Un receptor specific dispus periferic.
   B. Un neuron senzitiv aşezat în afara sistemului nervos central.
   C. Analizator cortical.
   D. Postură (tonus).
   E. Mişcare.

4. Indicați proprietățile şi funcțiile neuronului:
   A. Reprezintă unitatea funcțională secundară a sistemului nervos.
   B. Exercită recepția, prelucrarea primară şi transmiterea informației în sistemul nervos.
   C. Îndeplineşte funcția de conexiune între periferie (receptori sau sinapse) şi creier.
   D. Îndeplineşte funcția de conexiune între creier şi muşchi.
   E. Îndeplineşte funcția de conexiune între creier şi glandele secretoare.

5. Din punct de vedere morfologic, neuronii se clasifică în:
   A. Dendritici.
   B. Axonali.
   C. Unipolari.
   D. Bipolari.
   E. Multipolari.

6. Ramon Y Cajal arată că structura microscopică care alcătuieşte sistemul nervos are următoarele proprietăți fundamentale (teoria neuronală):
   A. Fiecare celulă este o unitate independentă, din punct de vedere morfologic; legăturile dintre neuroni se realizează prin contact – sinapsă.
   B. Fiecare neuron este o unitate genetică derivată dintr-o singură celulă – neuroblastul.
   C. Neuronul este o unitate funcțională cu capacitatea de propagare a influxului nervos.
   D. Neuronul nu poate fi o unitate trofică.
   E. Neuronul este o unitate patologică.

7. Legătura dintre complexul receptor şi molecula activă este:
   A. Saturabilă.
   B. Stereospecifică.
   C. Ireversibilă.
   D. Reversibilă.
   E. Ionică.

8. Neuromediatorii pot cuprinde:
   A. Electrodul celular propriu-zis (de obicei, o enzimă).
   B. Kinazele membranare, cu fosforilarea proteinelor.
   C. Canalele ionice.
   D. Filamentul axial.
   E. Microtubulii.

9. Glia exercită următoarele funcţii:
   A. De izolare a fibrei nervoase faţă de stimulii conduşi de fibrele vecine.
   B. De susţinere.
   C. Metabolică.
   D. Trofică.
   E. De multiplicare neuronală.

10. Există următoarele tipuri de celule de susţinere:
    A. Ranvier.
    B. Remack.
    C. Ependimale.
    D. Microgliale.
    E. Macrogliale.

11. Macroglia este compusă din:
    A. Astrocite.
    B. Oligodendrocite.
    C. Celule Schwann.
    D. Celule Purkinje.
    E. Celule capsulare.

12. Astrocitele au un rol important în:
    A. Formarea şi menţinerea mielinei la nivelul sistemului nervos central.
    B. Regenerarea axonilor distruşi prin ischemie, traumatism, iradiere.
    C. Producerea factorilor neurotrofi necesari supravieţuirii neuronale.
    D. Menţinerea echilibrului electrolitic în sistemul nervos central.
    E. Menţinerea echilibrului neurotransmiţătorilor din fanta sinaptică.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

- Asociați cifrele cu literele:

a. Axonul.
b. Dendrita.

1. Este singurul proces al neuronului unipolar.
2. Este scurtă.
3. Transportă impulsul către corpul celular.
4. Poate regenera.
5. Variază în lungime – de la microni până la metri.
6. Poate fi mielinizat sau nemielinizat.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

Atunci când depolarizarea neuronului atinge un anumit nivel critic, are loc o „penetrare" electrică a membranei și începe un proces electrochimic de răspândire a excitației în fibra nervoasă – potențial de acțiune.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. B, p. 6. | 1. A, B, p. 6. | a. 1, 4, 5, 6. | A, p.10. |
| 2. C, p. 6. | 2. C, D, p. 6. | b. 2, 3, p. 7. | |
| 3. A, p. 7. | 3. A, B, C, p. 6. | | |
| 4. E, p. 8. | 4. B, C, D, E, p. 6. | | |
| 5. D, p. 8. | 5. C, D, E, p. 7. | | |
| 6. B, p. 9. | 6. A, B, C, E, p. 9. | | |
| 7. A, p. 9. | 7. A, B, D, p. 9. | | |
| 8. D, p. 9. | 8. A, B, C, p. 9. | | |
| 9. E, p. 9. | 9. B, C, D, p. 10. | | |
| 10. B, p. 10. | 10. C, D, E, p. 10. | | |
| 11. C, p. 11. | 11. A, B, C, E, p. 10. | | |
| 12. A, p. 11. | 12. C, D, E, p. 11. | | |

# 2. SENSIBILITATEA

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Corpii neuronilor primari ai sensibilității sunt situați:
   A. La baza cornului posterior al măduvei spinării.
   B. În ganglionii spinali.
   C. În nervul spinal.
   D. În plexul regionar.
   E. În trunchiul nervului periferic.

2. Dermatomul reprezintă:
   A. Un reflex segmentar al măduvei spinării.
   B. Zona inervației cutanate a unui ganglion intervertebral.
   C. Zona inervației unui sector de muşchi corespunzătoare unui ganglion intervertebral.
   D. Senzațiile care provin de la excitarea receptorilor externi.
   E. O coloană de celule nervoase de-a lungul măduvei spinării.

3. Indicați destinația finală a tractului spino-talamic:
   A. Nucleii ventro-laterali ai talamusului.
   B. Puntea Varolio.
   C. Lemniscul medial.
   D. Brațul posterior al capsulei interne.
   E. Corona radiata.

4. Tractul talamo-cortical ajunge la:
   A. Circumvoluțiunea precentrală a lobului cerebral frontal.
   B. Complexul limbico-reticular.
   C. Circumvoluțiunea postcentrală a lobului parietal.
   D. Fața orbito-bazală a lobului frontal.
   E. Lobul lingual al lobului cerebral occipital.

5. Paresteziile sunt:
   A. O senzație ce se defineşte prin ea însăşi şi apare spontan, atunci când există un factor iritant pe zonele de recepție sau pe teritoriul căii sensibile la durere.
   B. O senzație descrisă de pacienți ca arsură, înțepătură, junghi, senzație de presiune, torsiune etc.
   C. Senzații subiective anormale, pe care bolnavul le descrie drept furnicături, amorțeli, înțepături, senzații de cârcel, de constricție, de căldură sau răceală etc.
   D. Dureri penibile spontane, sâcâitoare, apariția lor fiind provocată de inițierea mişcărilor propriu-zise ori de palpările executate de medic în timpul examenului clinic.
   E. O senzație subiectivă cu caractere foarte diferite ca durată, intensitate, topografie, iradiere, timp de apariție etc.

6. Alegeți afirmația corectă referitoare la hiperestezie:
   A. Bolnavul simte iritarea mult mai intens decât este într-adevăr.

B. Lipsa sensibilității.
C. Au loc denaturarea percepției, modificarea pragului de recepție.
D. Perceperea senzațiilor de căldură de către bolnav are loc printr-o senzație de rece, şi invers.
E. Au loc micşorarea pragului de recepție, diminuarea sensibilității.

7. Selectați descrierea corectă a poliesteziei:
A. O singură excitație algică înglobează mai multe senzații-excitații.
B. Senzații anormale percepute de bolnav sub formă de amorțeli, înțepături, furnicături etc.
C. Durere cu caracter special, spontan, însoțită de hiperpatie; ea creşte la orice excitație în jumătatea corpului opusă leziunii.
D. Dureri în mână sau în piciorul amputat, ce apar în legătură cu excitația talamusului optic.
E. Dureri difuze vegetative cu cauze necunoscute.

8. Cel mai des, cauzalgia apare în:
A. Polinevrită.
B. Consecința unui proces patologic cunoscut.
C. Leziunea nervului periferic, cauzată de factori necunoscuți.
D. Leziunile traumatice ale nervilor periferici.
E. Leziunile scoarței parietale.

9. Indicați procesul patologic care provoacă cel mai des sindromul senzitiv de hemisecțiune medulară (sindromul Brown-Sequard):
A. Scleroza în plăci.
B. Mielitele.
C. Traumatismele vertebro-medulare.
D. Tumorile intramedulare.
E. Tumorile extramedulare.

10. Care figură reprezintă tipul altern de dereglare a sensibilității?


A


B


C


D


E

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Indicați tipurile de sensibilitate superficială (exteroreceptivă):
A. Doloră.
B. Termică.
C. Tactilă.

D. Vibratorie.
E. De poziţie şi mişcare a membrelor.

2. Se referă la sensibilitatea profundă simţul:
   A. Mioartrokinetic.
   B. Presional.
   C. Vibrator.
   D. Kinestetic.
   E. De localizare.

3. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la calea sensibilităţii superficiale:
   A. Trei neuroni transmit impulsurile tactile, termice şi algice către capsula internă, unde sunt percepute senzaţiile.
   B. Neuronii primari sunt situaţi în ganglionii spinali.
   C. Axonii primilor neuroni pătrund în măduva spinării prin rădăcinile posterioare.
   D. Celulele neuronilor de gradul doi se află la baza cornului posterior al măduvei spinării.
   E. Axonul neuronului doi trece prin comisura anterioară, pe partea opusă, în cordonul lateral.

4. Indicaţi proprietăţile căii sensibilităţii profunde:
   A. Primul neuron este reprezentat de celulele pseudounipolare ale ganglionilor intervertebrali.
   B. Dendritele pornesc la periferie spre receptorii spiralaţi ai tendoanelor.
   C. Axonii neuronilor de gradul întâi, prin radiculele posterioare, intră în cordoanele posterioare ale măduvei spinării de aceeaşi parte a ei şi se ridică în sus, în componenţa fasciculelor Goll şi Burdach, până la bulbul rahidian.
   D. Neuronii de gradul doi sunt localizaţi în coarnele medulare posterioare.
   E. Axonii neuronilor de gradul doi trec pe partea opusă, se ridică mai sus, la nivelul punţii, şi se asociază cu fibrele sensibilităţii superficiale, ajungând ulterior la talamus şi la cortexul parietal.

5. Localizarea tulburărilor de sensibilitate depinde de:
   A. Distribuirea topografică a teritoriilor nervilor periferici.
   B. Distribuirea topografică a dermatoamelor.
   C. Particularităţile încrucişării căilor sensibilităţii.
   D. Vascularizaţia lobului parietal al scoarţei cerebrale.
   E. Repartiţia diverselor forme de sensibilitate la nivel medular şi cortical.

6. Din punct de vedere topografic, deosebim câteva tipuri de dereglare a sensibilităţii:
   A. Periferic.
   B. Segmentar.
   C. Conductor.
   D. Isteric.
   E. Astenic.

7. Indicaţi subtipurile dereglării segmentare a sensibilităţii:
   A. Polinevritic.
   B. Ganglionar.
   C. Radicular.
   D. Siringomielic.
   E. Comisural.

8. Indicați afirmațiile corecte referitoare la dereglarea isterică a sensibilității:
   A. Ocupă un loc aparte printre celelalte tipuri de dereglare a sensibilității.
   B. Se întâlneşte la bolnavii afectați de isterie.
   C. Se caracterizează, mai des, prin dereglări de sensibilitate (hemianestezie – strict pe linia medie; polinevritic – pe linia strictă de demarcare).
   D. Teritoriul anestezic are o limită netă.
   E. Cointeresează rădăcinile unui plex.

9. Selectați tulburările vegetativ-trofice asociative care apar în durerea cauzalgică:
   A. Transpirații.
   B. Unghii curbate (bombate).
   C. Degete îngroşate.
   D. Piele lucioasă, roşie.
   E. Piele subțiată.

10. Dereglările sensibilității de tip conductiv însoțesc, de obicei:
   A. Boala Friedreich.
   B. Monopareza membrului superior.
   C. Monopareza membrului inferior.
   D. O paraplegie.
   E. O tetraplegie.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați literele cu cifrele:

| | |
|---|---|
| a. Sensibilitatea superficială-exteroreceptivă. | 1. Mioartrokinetică. |
| b. Sensibilitatea profundă. | 2. De durere. |
| c. Sensibilitatea complexă. | 3. Termică. |
| | 4. Stereognozia. |
| | 5. Schema corporală. |
| | 6. Tactilă. |
| | 7. Simțul greutății. |
| | 8. Presiunea. |
| | 9. Vibrația. |

2. Repartizați subtipurile în funcție de tipurile principale de dereglare a sensibilității:

| Tipul: | Subtipul: |
|---|---|
| a. Periferic. | 1. Brown-Sequard. |
| b. Segmentar. | 2. Mononevritic. |
| c. Conductor. | 3. Multinevritic. |
| | 4. Ganglionar. |
| | 5. Radicular. |
| | 6. Tabetic. |
| | 7. Altern. |
| | 8. Polinevritic. |
| | 9. Siringomielic. |
| | 10. Comisural. |
| | 11. Plexal. |
| | 12. Cortical. |

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

Topografia tulburărilor de sensibilitate este determinată de sediul leziunii şi are o valoare de localizare a procesului patologic.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. B, p. 12. | 1. A, B, C, p.12 | 1. | A, p.17. |
| 2. B, p. 12. | 2. A, B. C, D, p.12. | a. 2, 3, 6. | |
| 3. A, p. 12. | 3. B, C, D, E, p.12. | b. 1, 7, 8, 9, p. 16–17. | |
| 4. C, p. 13. | 4. A, B, C, E, p.14. | c. 4, 5. | |
| 5. C, p. 15. | 5. A, B, C, E, p.15. | | |
| 6. A, p. 15. | 6. A, B, C, D, p.17. | 2 | |
| 7. A, p. 16. | 7. B, C, D, E, p. 17. | a. 2, 3, 8, 11. | |
| 8. D, p. 18. | 8. A, B, C, D, p. 17–18. | b. 4, 5, 9, 10. | |
| 9. E, p. 20. | 9. A, B, D, E, p.19. | c. 1, 6, 7, 12. p. 17. | |
| 10. B, p. 20. | 10. D, E, p. 20. | | |

## 3. DUREREA

### I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicaţi fenomenul considerat cel mai precoce simptom natural al unei maladii:
   A. Durerea.
   B. Parestezia.
   C. Hiperpatia.
   D. Cefaleea.
   E. Astenia.

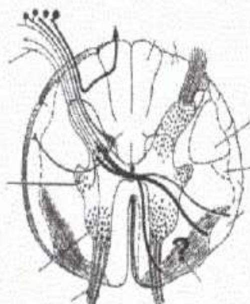
2. Indicaţi fenomenul care este cel mai comun simptom în medicină:
   A. Hipertermia.
   B. Durerea.
   C. Frisoanele.
   D. Vertijul.
   E. Slăbiciunea generală.

3. Indicaţi fenomenul clinic care serveşte drept semnal de alarmă, informându-l pe subiect de existenţa sau pericolul unei eventuale leziuni tisulare deteriorante:
   A. Durerea.
   B. Senzaţia.
   C. Excitaţia.
   D. Simţul.
   E. Sensibilitatea.

4. Primul neuron de transmitere a durerii se află în:
   A. Terminaţiile senzitive ale nervilor periferici.
   B. Discul intervertebral.
   C. Ganglionul spinal.
   D. Coarnele medulare posterioare.
   E. Coarnele medulare anterioare.

5. Cercetările citoarhitectonice ale lui Rexed (1954) au constatat că neuronii din coarnele medulare posterioare sunt aranjaţi în:
   A. Două straturi.
   B. Trei straturi.
   C. Patru straturi.
   D. Cinci straturi.
   E. Şase straturi.

6. Indicaţi denumirea structurii notate cu semnul întrebării:
   A. Zona terminală Lissauer.
   B. Tractul cortico-spinal lateral.
   C. Tractul rubro-spinal dorsal.
   D. Tractul spino-cerebral ventral.
   E. Tractul spino-talamic.



7. Majoritatea fibrelor neuronului II, care asigură transmiterea durerii, se proiectează în cadrul măduvei spinării:
   A. Controlateral, spre nivelele superioare.
   B. Spre coloanele Goll și Burdach.
   C. În coloana intermedio-laterală.
   D. În tractul rubro-spinal.
   E. În tractul cortico-spinal ventral.

8. Indicați procesul patologic care, eventual, poate condiționa apariția sindromului talamic Dejerine-Roussy:
   A. Ictusul ischemic în sistemul arterei cerebrale medii.
   B. Contuzia de trunchi cerebral.
   C. Tumora de fosă craniană posterioară.
   D. Infarctul în regiunea talamică.
   E. Procesul demielinizant cerebro-spinal.

9. Neuronul III nociceptiv se proiectează pe:
   A. Talamusul optic.
   B. Nucleul caudat.
   C. Brațul posterior al capsulei interne.
   D. *Corona radiata.*
   E. Cortexul cerebral.

10. Indicați structura din cadrul sistemului limbic, considerată responsabilă de componenta emoțională a durerii:
    A. Complexul limbic reticulat.
    B. Structurile rinencefalice.
    C. *Girus cinguli.*
    D. Septul pelucid.
    E. Hipotalamusul.

11. Indicați structura cerebrală, responsabilă de apariția componentei vegetative (autonome) a răspunsului la durere:
    A. *Girus cinguli.*
    B. Talamusul.
    C. Cortexul insular.
    D. Eminența cvadrigemenă.
    E. Cortexul parietal.

12. Indicați sediul celulelor care controlează transmiterea durerii din coarnele dorsale prin intermediul celulelor din bulbul rostro-ventral:
    A. Cortexul frontal.
    B. Hipotalamusul.
    C. Substanța cenușie periapeductală a mezencefalului.
    D. Puntea Varolio.
    E. Piramidele.



13. Ipoteza „porții de control" a durerii aparține savanților:
    A. Jenett și Teasdali.
    B. Charcot și Marburg.
    C. Șarapov și Bogolepov.

D. Mollaret şi Gonlon.
E. Melzack şi Wall.

14. Care este cea mai productivă teorie în problema durerii?
A. Existența sistemului neuronal intern de analgezie (Reynold, 1969).
B. Teoria „porții de control" a durerii (Melzack şi Wall, 1965).
C. Teoria neuronală (Ramon Y Cajal).
D. Teoria specificității durerii (von Fray).
E. Teoria paternului de sumare (Goldsheider).

15. Receptori ai opiaceelor şi liganzi ai acestora sunt:
A. Endorfinele.
B. Encefalinele.
C. Opiaceele.
D. Receptorii specifici opiacei.
E. Dinorfinele.

16. Indicați structura din cadrul sistemului nervos, în care beta-endorfinele, encefalinele şi dinorfinele au fost găsite în concentrație mărită:
A. Cortexul frontal.
B. Hipotalamusul.
C. Mezencefalul.
D. Bulbul.
E. Măduva spinării.

17. Cum se manifestă alodinia?
A. Creşterea sensibilității cutanate.
B. Creşterea sensibilității cutanate şi micşorarea pragului durerii la iritarea locală a regiunii afectate.
C. Reacție excesiv de dureroasă la stimuli nedureroşi în contact direct (tactili sau termici) sau indirect (lumină, sunet).
D. Reacții foarte dureroase, ce apar la stimulări repetate şi persistența durerii chiar şi după încetarea stimulării.
E. Prezența durerii în zonele fără sensibilitate superficială.

18. Durerea centrală apare în leziunile:
A. Nervilor periferici.
B. Tisulare.
C. Receptorilor de durere.
D. Locurilor de intrare a fibrelor de durere în măduva spinării.
E. Spino-talamo-corticale.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Selectați afirmațiile corecte referitoare la fenomenul durerii:
A. Mobilizează toate sistemele funcționale de supraviețuire ale organismului, pentru a înlătura acțiunea factorilor nocivi.
B. Absența acestui fenomen poate conduce la leziuni grave neobservate inițial de pacient.
C. Dacă fenomenul e cronic, poate deveni o problemă gravă.

D. Durerea poate fi măsurată obiectiv.
E. În mod obligatoriu, se asociază cu o trăire emoțională neplăcută.

2. Nociceptorii se clasifică în:
A. Termici.
B. Chimici.
C. Mecanici.
D. Silențioşi.
E. Polimodali.

3. Indicați nucleii talamusului care primesc informația nociceptivă:
A. Anterior.
B. Posterior.
C. Lateral.
D. Medial.
E. Ventral.

4. Sindromul talamic Dejerine-Roussy se manifestă prin:
A. Anosmie.
B. Cecitate optică.
C. Vertij vestibular central.
D. Dureri spontane cu caracter arzător.
E. Senzații neplăcute (dizestezii) în diverse regiuni ale corpului.

5. Cercetările prin tomografie cu emisie de pozitroni (PET), efectuate la om, au arătat includerea în răspunsul la stimulenții nociceptivi a următoarelor regiuni corticale:
A. *Girus cinguli.*
B. Cortexul insular.
C. Circumvoluțiunea precentrală.
D. Circumvoluțiunea postcentrală.
E. Cortexul occipital.

6. Cortexul insular este direct conectat cu:
A. Nucleii mediali ai talamusului.
B. Nucleii ventrali ai talamusului.
C. Nucleii mediali posteriori ai talamusului.
D. Cortexul insular.
E. Circumvoluțiunea postcentrală.

7. Indicați afirmațiile corecte referitoare la asimbolia durerii:
A. Pacienții percep stimulenții nociceptivi ca stimulenți tactili.
B. Pacienții pot deosebi durerea acută de cea surdă.
C. Pacienții pierd simțul de stereognozie.
D. Pacienții nu au reacții vegetative adecvate asociate cu dureri.
E. Pacienții nu pot determina localizarea durerii.

8. Indicați laminele coarnelor medulare posterioare spre care sunt orientate impulsurile venite din nivelele superioare modulatoare ale durerii:
A. I.
B. II.

C. III.
D. IV.
E. V.

9. Indicaţi structurile sistemului nervos, stimularea experimentală a cărora (la şobolani) produce o anestezie profundă, fără a altera comportamentul sau activitatea motorie a acestora:
   A. Cortexul frontal.
   B. Cortexul insular.
   C. Substanţa cenuşie periapeductală.
   D. Structurile discrete în regiunile mediale şi caudale ale diencefalului.
   E. Formaţiunile rostrale ale trunchiului cerebral.

10. Indicaţi afirmaţiile corecte referitoare la ipoteza „porţii de control" a durerii a lui Melzack şi Wall:
    A. Un stimul aplicat pe tegumente activează atât fibrele cu diametrul mare, cât şi pe cele cu diametrul mic.
    B. Dacă intensitatea stimulului este mică, predomină vehicularea prin fibrele cu diametrul mare, cu excitarea neuronului inhibitor, iar celula responsabilă de transmiterea impulsului nu va genera impulsul.
    C. Dacă stimulul este intens, predomină vehicularea impulsului prin fibrele cu diametrul mic, interneuronul inhibitor „tace", activându-se celula de transmitere, ceea ce condiţionează fenomenul algic.
    D. S-a descoperit un sistem de căi nervoase, care pornesc de la cortexul frontal şi hipotalamus spre celulele periapeductale ale trunchiului, trec spre medula ventro-medială, apoi din fasciculele dorso-laterale ale măduvei spinării – spre coarnele posterioare.
    E. Stimularea unor structuri cerebrale discrete produce o anestezie profundă, fără a altera comportamentul sau activitatea motorie.

11. Indicaţi mecanismele care pot „închide" „poarta de control" a durerii:
    A. Neuronul reacţionează la stimulare ca unitate autonomă, independentă de celelalte celule nervoase.
    B. Mecanismul de polarizare, ceea ce înseamnă că impulsul este întotdeauna direcţionat de la axon spre următorul neuron.
    C. Schimbarea gradului de încărcare electrică a membranei neuronului se evidenţiază prin potenţialul postsinaptic, care, în funcţie de mediatorul eliberat, poate fi excitator sau inhibitor.
    D. Impulsurile survenite prin fibrele cu diametrul mare.
    E. Influenţele descendente realizate pe căile de modulare a durerii.

12. Indicaţi metodele recente de micşorare a durerii, fondate pe principiile fiziologice de modulare a durerii:
    A. Stimularea electrică transcutanată.
    B. Utilizarea intratecală şi epidurală a preparatelor opiacee.
    C. Intervenţia stereotaxică asupra nucleului ventro-lateral al talamusului din emisfera nedominantă.
    D. Stimularea directă a nervilor periferici.
    E. Stimularea unor structuri ale trunchiului cerebral.

13. Efectul peptidelor opiacee poate fi invocat în explicațiile unor fenomene ce rămân, deocamdată, misterioase, şi anume:
   A. Efectul placebo.
   B. Mecanismele analgezice ale acupuncturii.
   C. Absența durerii în stările de stres acut.
   D. Naşterile fără dureri observate la unele populații aborigene din America de Sud.
   E. Lipsa durerilor în unele boli psihice.

14. Indicați componentele obligatorii ale fenomenului durerii:
   A. Emoțional.
   B. Depresiv.
   C. Afectiv.
   D. Perceptiv.
   E. Cognitiv.

15. Din perspectivă temporală, se deosebesc următoarele tipuri de durere:
   A. Tranzitorie.
   B. Acută.
   C. Cronică.
   D. Nociceptivă.
   E. Neuropatică.

16. În mod general, mecanismele durerii cronice pot fi de ordin:
   A. Central.
   B. Periferic.
   C. Combinat (periferic-central).
   D. Psihogen.
   E. De origine necunoscută.

17. Din punct de vedere patofiziologic, durerea poate fi clasificată în:
   A. Neurogenă.
   B. Nevralgică.
   C. Nociceptivă.
   D. Neuropatică.
   E. Psihogenă.

18. Ce măsuri terapeutice pot fi aplicate, pentru a reduce durerea propriu-zisă la nivel local-periferic?
   A. Aplicarea locală a căldurii.
   B. Ultrasunetul.
   C. Stimularea electrică transcutanată.
   D. Administrarea anestezicelor şi opiaceelor epidural sau subdural.
   E. Utilizarea medicamentelor psihotrope.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la teoriile durerii:
   a. Teoria specificității (von Fray).
   b. Teoria intensivității (Goldsheider).
   1. Durerea are structuri distinctive în piele.
   2. Nu există receptori specifici ai durerii.
   3. Fiecare stimulent specific este conectat cu calea specifică spre centru.
   4. Senzația de durere rezultă din sumarea stimulenților termici și de presiune.

2. Asociați proprietățile aferențelor dureroase rapide și a celor lente:
   a. Aferențele dureroase rapide.
   b. Aferențele dureroase lente.
   1. Generează senzații difuze, rău localizate.
   2. Se proiectează în formațiunea reticulară, talamus, neuronii paraapeductali, hipotalamus, talamus.
   3. Se vehiculează prin tractul spino-reticular, spino-mezencefalic, cervicotalamic și spino-hipotalamic.
   4. Se situează pe partea internă a tractului spino-talamic.
   5. Se termină în nucleii ventro-laterali ai talamusului.
   6. După conexiunea cu neuronul III, impulsurile vin în cortexul somato-senzorial.

3. Asociați literele cu cifrele:
   a. Durerea tranzitorie.
   b. Durerea acută.
   c. Durerea cronică.
   1. Depășește perioada de restabilire (regenerare) a țesuturilor lezate.
   2. Apare la activarea sistemului nociceptiv în absența leziunilor tisulare importante.
   3. Este un semnal biologic adaptiv despre începutul sau prezența unei leziuni.
   4. Are loc în cazul injecțiilor intramusculare sau intravenoase.
   5. Durata depinde de timpul necesar pentru restabilirea țesuturilor lezate.
   6. Cauze pot fi leziunile traumatice, infecțioase, dismetabolice ale sistemului nervos periferic și central, meningelor creierului.
   7. De obicei, considerată după 3–6 luni de la debut.
   8. Poate fi divizată în superficială, profundă, viscerală și referită.
   9. Devine o entitate clinică – o maladie.

4. Asociați cifrele cu literele:

a. Durerea nociceptivă.
b. Durerea neuropatică.
c. Durerea psihogenă.

1. Este aspră, chinuitoare.
2. Deseori, pacientul are senzația de arsură.
3. Uneori se amplifică paroxistic.
4. Asocierea alodiniei, hiperalgiei şi hiperpatiei este un lucru obişnuit.
5. Este acută.
6. Este tranzitorie.
7. Este bine localizată, cu excepția durerii viscerale şi referite.
8. Apare în absența oricărei leziuni organice.
9. În mare măsură, depinde de particularitățile personalității pacientului.
10. Poate fi o manifestare a unei tulburări afective (de exemplu, depresia mascată).
11. Poate avea un anumit sens psihologic în sistemul de semnificații simbolice individuale.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. De la celulele cornului medular posterior începe neuronul II, care are conexiuni cu celulele cornului lateral şi ale celui anterior, asigurând la nivel spinal reflexele somatice şi vegetative asociate cu fenomenul algic.
2. Se consideră că cortexul insular integrează componentele senzoriale, afective şi cognitive ale durerii, iar cortexul cerebral modifică prin căile sale descendente percepția dureroasă.

## RĂSPUNSURI

**I.**

1. A, p. 22.
2. B, p. 22.
3. A, p. 22.
4. C, p. 23.
5. E, p. 23.
6. E, p. 23.
7. A, p. 24.
8. D, p. 24.
9. E, p. 24.
10. C, p. 25.
11. C, p. 25.
12. C, p. 25.
13. E, p. 26.
14. B, p. 26.
15. D, p. 27.
16. C, p. 27.
17. C, p. 30.
18. E, p. 30.

**II.**

1. A, B, C, E, p. 22.
2. A, C, D, E, p. 23.
3. C, D, p. 24.
4. D, E, p. 24.
5. A, B, p. 24.
6. A, B, C, p. 25.
7. B, D, p. 25.
8. A, B, E, p. 26.
9. C, D, E, p. 26.
10. A, B, C, p. 26.
11. D, E, p. 27.
12. A, B, D, E, p. 27–28.
13. A, B, C, D, p. 27–28.
14. A, E, p. 28.
15. A, B, C, p. 29.
16. A, B, C, D, p. 29.
17. C, D, E, p. 29–30.
18. A, B, C, p. 31.

**III.**

1.
a. 1, 3.
b. 2, 4, p. 23.

2.
a. 4, 5, 6.
b. 1, 2, 3, p. 24.

3.
a. 2, 4.
b. 3, 5, 6, 8.
c. 1, 7, 9, p. 29.

4.
a. 5, 6, 7.
b. 1, 2, 3, 4, p. 29.
c. 8, 9, 10, 11, p. 30.

**IV.**

1. A, p.24.
2. B, p.25.

# 4. MOTILITATEA

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Patologia motilităţii se manifestă în majoritatea cazurilor la:
   A. Copii de vârstă fragedă.
   B. Adolescenţi.
   C. Adulţi.
   D. Oamenii în vârstă.
   E. Invalizi.

2. Indicaţi aria Brodmann, unde sunt situate celulele giganto-piramidale Betz:
   A. 1.
   B. 2.
   C. 3.
   D. 4.
   E. 5.

3. Numărul celulelor Betz este de:
   A. 25 000.
   B. 50 000.
   C. 100 000.
   D. 300 000.
   E. 1 000 000.

4. În componenţa fasciculului piramidal sunt aproximativ:
   A. 25 000 de fibre.
   B. 50 000 de fibre.
   C. 100 000 de fibre.
   D. 300 000 de fibre.
   E. 1 000 000 de fibre.

5. De ce reprezentanţa unor segmente corporale pe cortexul cerebral ocupă o suprafaţă mai mare decât a altora?
   A. Deoarece determină distribuirea topografică a teritoriilor nervilor periferici.
   B. Pentru a asigura fenomenul de ortostaţiune.
   C. Fiindcă au o funcţie mai importantă, fină.
   D. Deoarece principiul de organizare a sistemului motor este analogic celui de sensibilitate comună a aparatului segmentar.
   E. Pentru a realiza funcţia motilităţii în mod ierarhic.

6. Indicaţi fasciculul care ocupă 2/3 anterioare ale braţului posterior al capsulei interne:
   A. Piramidal.
   B. Cortico-nuclear.
   C. Gratiolet.
   D. Fronto-ponto-cerebelos.
   E. Al sensibilităţii comune.

7. Optzeci la sută din fibrele fasciculului piramidal se încrucişează la nivelul:
   A. Coroanei radiate.
   B. Genunchiului capsulei interne.
   C. Pedunculului cerebral.
   D. Dintre bulbul rahidian şi măduva spinării.
   E. Cordonului lateral al măduvei spinării.

8. Indicaţi fasciculul care trece prin cordonul medular anterior:
   A. Spino-talamic.
   B. Goll şi Burdach.
   C. Cortico-nuclear.
   D. Piramidal direct.
   E. Piramidal încrucişat.

9. Alegeţi descrierea corectă a funcţiei motoneuronilor alfa:
   A. „Deschid poarta" sistemului nervos pentru transmiterea ulterioară a durerii spre structurile centrale.
   B. Inervează fibrele muşchilor striaţi şi îndeplinesc funcţia de contracţie.
   C. Exercită o contraacţiune asupra receptorilor pielii.
   D. Dilată pupila.
   E. Stimulează contracţia sfincterului intern al uretrei.

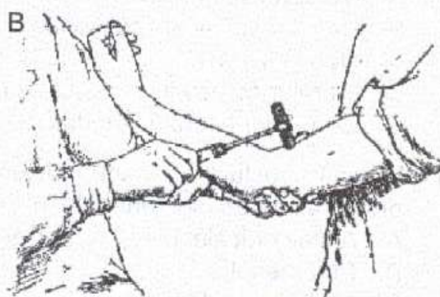
10. În cadrul sistemului de cinci puncte, mişcările voluntare de forţă normală se apreciază cu:
   A. 0 puncte.
   B. 5 puncte.
   C. 1 punct.
   D. 4 puncte.
   E. 3 puncte.

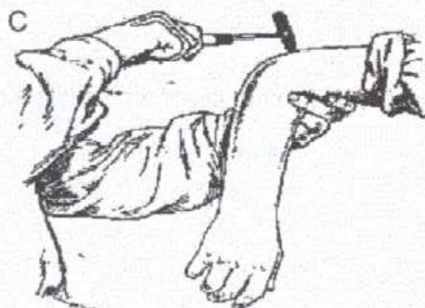
11. Alegeţi descrierea corectă a probei Mingazzini:
   A. La lovirea tendonului unui muşchi apare contracţia muşchiului respectiv.
   B. Examinatorul exercită, rând pe rând, toate mişcările survenite din toate segmentele articulare ale corpului bolnavului, care este rugat să nu opună rezistenţă.
   C. Bolnavul în decubit dorsal ridică membrele inferioare deasupra planului patului, ţinând genunchii în flexie sub un unghi drept.
   D. Bolnavul face mişcări, la care se opune examinatorul.
   E. Bolnavului i se propune să execute, rând pe rând, toate mişcările posibile.

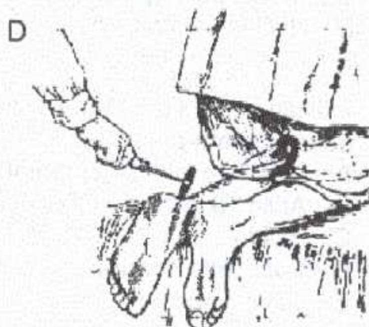
12. În care segment medular se închide arcul reflexului bicipital?
   A. $Th_{10}$–$Th_{12}$.
   B. $Th_8$–$Th_9$.
   C. $C_6$–$C_7$.
   D. $C_5$–$C_6$.
   E. $C_4$–$C_5$.

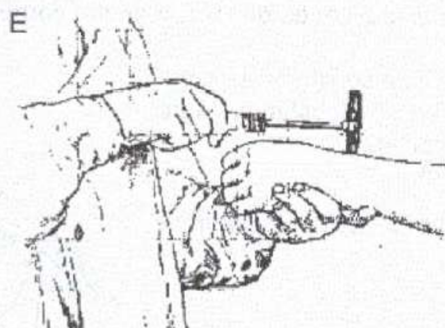
13. Care din figuri reprezintă evocarea reflexului tricipital?

A


B


C


D


E


14. Alegeți descrierea corectă a reflexului Babinski:
   A. Extensia halucelui prin aplicarea unei presiuni pe creasta tibiei, de sus în jos.
   B. Extensia halucelui la presiunea exercitată pe muşchiul sural.
   C. Flexie plantară rapidă a degetelor la percuția plantară a lor.
   D. O excitație dureroasă în porțiunea distală a unui membru inferior, ce duce la o mişcare de triplă flexie.
   E. Excitarea cu acul a marginii externe a plantei produce extensia halucelui, celelalte degete flexându-se şi răsfirându-se (semnul evantaiului).

15. Paraliziile alterne se instalează prin leziuni de:
   A. 'Cortex motor.
   B. *Corona radiata.*
   C. Capsulă internă.
   D. Trunchi cerebral.
   E. Măduvă spinală.

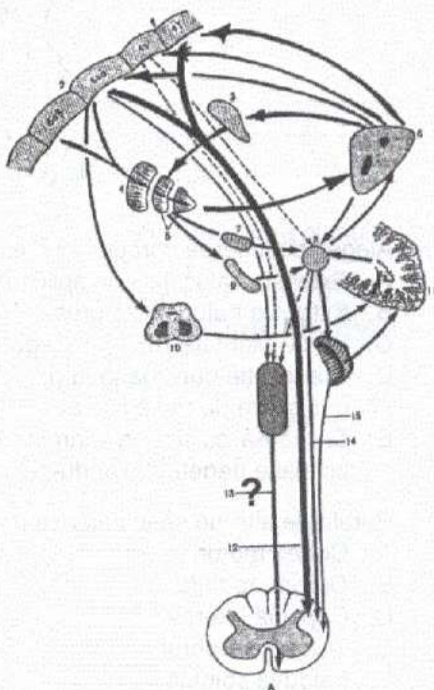
16. Sindromul Claud Bernard-Horner este condiționat de afectarea:
   A. Măduvei spinării la nivel cervical $C_2$–$C_4$.
   B. Nervilor spinal și accesorius.
   C. Nervului frenic.
   D. Fibrelor cortico-lombosacrate din componența tractului piramidal.
   E. Coarnelor laterale vegetative $C_8$–$D_1$.

17. Indicați structura din cadrul sistemului extrapiramidal, celulele căreia conțin în protoplasmă un pigment galben:
   A. Ariile corticale 1, 2, 3, 5 și 7 din lobul parietal.
   B. Putamenul.
   C. Globul palid (palidul).
   D. Nucleul ventral anterior.
   E. Nucleul roșu.

18. Indicați nucleul din cadrul sistemului extrapiramidal care conține o cantitate mare de acid gama-aminobutiric:
   A. Aria 21 din lobul temporal.
   B. Ariile 18 și 19 din lobul occipital.
   C. Palidul.
   D. Substanța neagră.
   E. Oliva bulbară.

19. Indicați principalul furnizor de dopamină pentru corpul striat:
   A. Nucleul roșu.
   B. Partea dorsală a substanței negre.
   C. Partea reticulată a substanței negre.
   D. Nucleii vestibulari.
   E. Oliva bulbară.

20. Semnul întrebării din schema alăturată indică tractul:
   A. Olfactiv.
   B. Olivo-spinal.
   C. Piramidal.
   D. Reticulo-spinal.
   E. Rubro-spinal.




21. S-a constatat că o mare importanță pentru funcția extrapiramidală are:
   A. Neurochimia (neuromediatorii).
   B. Circuitul cortico-strio-cortical.
   C. Circuitul nigro-strio-nigral.
   D. Circuitul nigro-caudato-palido-talamo-cortico-tegmento-spinal.
   E. Circuitul rubro-tegmento-spinal.

22. S-a dovedit că din întregul sistem nervos central nucleii bazali conțin cea mai mare concentrație de:
   A. Sodiu.

B. Dopamină.
C. Acetilcolină.
D. Acid gama-aminobutiric.
E. Dopamină, acetilcolină și acid gama-aminobutiric.

23. Dopamina:
A. Trece bariera hematoencefalică.
B. Nu trece bariera hematoencefalică.
C. Produce o hiposensibilitate a receptorului dopaimaminergic.
D. Poate fi utilizată în tratamentul sclerozei multiple.
E. Reduce starea de tensiune musculară permanentă.

24. Cel mai vechi sistem, sub aspect filogenetic, ce asigură motricitatea la animalele care nu dispun de un sistem motor piramidal, este:
A. Sistemul motor extrapiramidal.
B. Cerebelul.
C. Măduva spinării.
D. Sistemul nervos periferic.
E. Sistemul muscular.

25. Se numește *recurbație*:
A. Ridicarea umărului la bolnavul cu coree.
B. Aruncarea brațului înainte la bolnavul cu coree reumatică.
C. Îndepărtarea brațelor la bolnavul cu paraplegie inferioară Strümpell.
D. Executarea cu membrele superioare și inferioare a celor mai variate mișcări.
E. Hiperextensia în articulațiile membrelor.

26. Hemibalismul se datorează:
A. Leziunilor corpului Lewys.
B. Ischemiei nucleului roșu.
C. Inflamației cerebrale cu implicarea substanței negre.
D. Contuziei de trunchi cerebral cu lezarea punții Varolio.
E. Tulburării integrității talamusului optic.

27. Alegeți descrierea corectă a mioclоniilor:
A. Contracții musculare bruște, involuntare, ce se localizează în unul și același grup de mușchi.
B. Mișcări involuntare lente, continue, vermiculare, ondulante, ce predomină în segmentele distale ale membrelor.
C. Mișcări bruște, involuntare, dezordonate, bizare, necorespunzătoare unui scop.
D. Rotație cu caracter tonic sau clonic a gâtului.
E. Boală familială, în care apariția hiperkinezelor este precedată de crize epileptice. Boala evoluează spre o rigiditate generalizată și o demență progresivă.

28. Cerebelul este situat în:
A. Fosa craniană posterioară.
B. Fosa craniană medie.
C. Fosa craniană anterioară.
D. Gaura mare occipitală.
E. Fosa Meckele.

29. Macroscopic, cerebelul are aspect de:
A. Vierme.
B. Braț anterior și braț posterior unite prin genunchi.
C. Fluture.
D. Cort.
E. Embol.

30. Substanța albă a cerebelului ocupă porțiunea centrală a lui și reprezintă o dispunere în folii ce se aseamănă pe secțiune cu:
A. *Pes anserinus major.*
B. *Pes anserinus minor.*
C. *Arbor vitae cerebris.*
D. *Corona radiata.*
E. *Cohlea.*

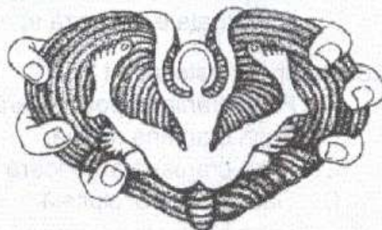
31. Din punct de vedere fiziologic, cea mai importantă celulă în cerebel este:
A. Celula în coșuleț.
B. Celula mare granulară.
C. Celula mică granulară.
D. Celula Purkinje.
E. Celula mare în coșuleț.

32. Fibrele eferente din nucleii dințat, emboliform, *globosus* și *fastigii* ai cerebelului pornesc pe calea pedunculului cerebelos superior spre:
A. Tuberculul optic.
B. Lobul frontal al scoarței cerebrale.
C. Mezencefal.
D. Puntea Varolio.
E. Bulbul rahidian.

33. Legătura cerebelului cu măduva spinării se realizează prin:
A. Reîncrucișarea fasciculului rubro-spinal (încrucișarea Forell).
B. Circuitul rubro-talamo-cortical.
C. Fibrele cerebelo-vestibulare.
D. Tractul spino-cerebelos dorsal.
E. Tractul occipito-temporo-ponto-cerebelos.

34. Fibrele cerebelo-vestibulare se termină în:
A. Bandeleta longitudinală posterioară.
B. Nucleii nervilor oculomotorii.
C. Substanța reticulată din bulb.
D. Nucleii vestibulari.
E. Celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinării.

35. Schema alăturată reprezintă:
A. Nucleii cerebelului.
B. Citoarhitectonica cortexului cerebelului.
C. Conexiunile cortico-cerebeloase.
D. Cele mai importante conexiuni cerebeloase.
E. Somatotopia cerebelului.



36. Cercetările experimentale au arătat că extirparea porțiunii anterioare a vermisului cerebelului provoacă:
A. Căderea corpului înainte.
B. Căderea corpului înapoi.
C. Mişcarea înapoi a capului.
D. Extinderea anterioară a membrelor.
E. Flexiunea membrelor.

37. Musculatura sinergistă este reprezentată de muşchii:
A. Care execută mişcarea.
B. Care opresc la timp actul motor.
C. Care participă secundar la mişcările voluntare.
D. Netezi ai tractului gastrointestinal.
E. Care sincronizează actul motor voluntar.

38. Indicați rolul fiziologic al cerebelului:
A. Susține funcția corticală.
B. Generează mişcările de sinergie.
C. Modifică tonusul muscular în statică şi mers.
D. Coordonează diferite grupe musculare în vederea realizării unui act motor.
E. Efectuează actul de memorizare.

39. Rolul de a menține muşchii într-o anumită stare de tonus, necesară pentru executarea unei mişcări, îi aparține:
A. Substanței reticulate.
B. Celulelor γ, aflate în coarnele anterioare ale măduvei spinării.
C. Celulelor mici din coarnele medulare anterioare.
D. Nucleului roşu.
E. Nucleului lenticular.

40. Lezarea emisferei cerebeloase provoacă:
A. Căderea spre partea bolnavă.
B. Căderea spre partea opusă leziunii.
C. Căderea înainte.
D. Căderea înapoi.
E. Oscilația trunchiului corpului (titubația).

41. Alegeți descrierea corectă a probei Holmes-Stewart:
A. Bolnavul stă în picioare cu călcâiele şi vârfurile degetelor strâns lipite.
B. Rugăm bolnavul să flexeze antebrațul pe braț, opunem rezistență la această flexie şi brusc dăm drumul.
C. La bolnavul aşezat pe un plan înalt cu gambele atârnate în jos se examinează reflexul rotulian.
D. Pacientului culcat pe spate i se propune să se ridice în picioare fără ajutorul mâinilor.
E. Pacientul stă în picioare şi se apleacă maximal pe spate.

42. Mersul „de rață" se observă în:
A. Paralizia nervului sciatic popliteu extern, determinată deseori de hernie discală $L_4$ cu compresiunea rădăcinii $L_5$.
B. Miopatia cu atrofii musculare.

C. Polinevrita virală Guillain-Barré.
D. Herniile de disc lombare.
E. Sindromul paleocerebelos.

43. Indicați maladia în patogenia căreia are loc blocajul la nivelul membranei postsinaptice a joncțiunii neuromusculare:
A. Polineuropatia diabetică.
B. Miastenia.
C. Distrofia musculară progresivă.
D. Encefalita.
E. Scleroza în plăci.

44. Mersul „în stea" face parte din manifestările observate în mersul:
A. Miastenic.
B. Miopatic.
C. Tabetic.
D. Vestibular.
E. Cerebelos.

45. Mersul spastic „în foarfece", de cele mai multe ori, se observă în:
A. Tumorile cerebeloase.
B. Atrofia olivo-ponto-cerebeloasă.
C. Boala Friedreich.
D. Labirintită.
E. Paralizia cerebrală infantilă (boala Little).

46. Care fenomen clinic poartă denumirea *fenomen „de magnet"*?
A. Mersul spastic unilateral.
B. Mersul spastic bilateral.
C. Ataxia frontală.
D. Mersul tabetic.
E. Mersul cerebelos spastic.

47. Câte tipuri de dereglare a mersului sunt descrise de B. Ianachevici în manualul „Neurologie şi neurochirugie" (Chişinău, Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina,* 2003)?
A. 5.
B. 10.
C. 15.
D. 20.
E. 25.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Dereglările motilității prezintă simptome în următoarele boli:
A. Inflamatorii.
B. Viscerale.
C. Traumatice.
D. Tumorale.
E. Ereditare.

2. Patologia motilităţii se poate manifesta deseori prin:
   A. Pareze sau plegii.
   B. Hiperkinezii.
   C. Convulsii.
   D. Dereglări de coordonare a mişcărilor.
   E. Hemihipoalgezie.

3. Este important ca fiecare medic să depisteze la timp simptomele patologiei motilităţii, pentru ca să:
   A. Stabilească diagnosticul bolii.
   B. Aplice un tratament adecvat.
   C. Evite complicaţiile ulterioare.
   D. Promoveze un mod sănătos de viaţă.
   E. Prevină apariţia multor boli, în prezent incurabile.

4. Indicaţi sistemele datorită cărora se realizează motilitatea la om:
   A. Sistemul piramidal.
   B. Sistemul de percepţie şi de transmitere a durerii.
   C. Genomul uman.
   D. Sistemul extrapiramidal.
   E. Motoneuronii periferici situaţi în coarnele anterioare ale măduvei spinării.

5. Analizatorul motor cortical include:
   A. Nucleul central.
   B. Celulele ce îndeplinesc aceeaşi funcţie, situate în alte câmpuri ale cortexului.
   C. Talamusul.
   D. Puntea Varolio.
   E. Piramidele.

6. Somatotopia motorie are următoarele particularităţi:
   A. Este aproape identică cu somatotopia senzitivă.
   B. Regiunea membrului inferior ocupă partea superioară a cortexului.
   C. Coborând mai jos, pe circumvoluţiunea precentrală sunt reprezentate părţile ce corespund inervaţiei motorii a membrului superior, capului, trunchiului.
   D. Dendritele pornesc spre periferie pentru a realiza conexiunea cu receptorii spirali ai tendoanelor.
   E. Axonii formează tractul talamo-cortical.

7. În coarnele anterioare ale măduvei spinării sunt situate mai multe tipuri de celule:
   A. A-delta.
   B. C-beta.
   C. Celule somatomotorii.
   D. Celule alfa.
   E. Celule intercalate (Renshaw).

8. În structura arcului reflex intervine:
   A. Neuronul inhibitor.
   B. O cale aferentă senzitivă.
   C. Neuronul facilitator.
   D. O cale eferentă motorie.
   E. Un neuron motor situat în coarnele anterioare medulare.

9. Indicați noțiunile care se referă la examenul clinic al motilității:
   A. Mirosul.
   B. Motilitatea activă.
   C. Forța.
   D. Proba Barré.
   E. Examenul reflexelor.

10. Reflexele osteotendinoase pot fi:
   A. Normale.
   B. Optimale.
   C. Diminuate.
   D. Exagerate.
   E. Obnubilate.

11. Indicați manifestările clinice ale sindromului Claude Bernard-Horner:
   A. Monoplegie sau hemiplegie spastică.
   B. Paralizie atrofică segmentară.
   C. Mioză.
   D. Îngustarea fantei palpebrale.
   E. Endoftalm.

12. Sistemul extrapiramidal include:
   A. Ariile corticale.
   B. Ventriculele cerebrale.
   C. Formațiunile subcorticale.
   D. Plexurile regionare.
   E. Formațiunile din trunchiul cerebral.

13. Indicați nucleii extrapiramidali ai talamusului:
   A. Nucleul caudat.
   B. Nucleul lenticular.
   C. Nucleul ventral anterior.
   D. Nucleul intermediar.
   E. Nucleul centro-median Lewys.

14. Indicați neuromediatorii care se conțin în nucleul caudat:
   A. Serotonina (5-TH).
   B. Noradrenalina (NA).
   C. Acetilcolina (Ach).
   D. Insulina (Ia).
   E. Acidul γ-aminobutiric (GABA).

15. Selectați afirmațiile corecte referitoare la nucleul roşu:
   A. Este situat la frontiera diencefalo-mezencefalică.
   B. Are formă ovală.
   C. Este de culoare roşiatică.
   D. Zona dorsală are o colorație neagră.
   E. Este alcătuit din 2 porțiuni de neuroni: paleorubrum şi neorubrum.

16. Indicați nucleii vestibulari:
   A. Charcot.

B. Deiters.
C. Marburg.
D. Roller.
E. Bechterew.

17. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la dopamină:
A. Se află în concentrații foarte mici în nucleii bazali și în locul niger.
B. Este un important mediator al sistemului nigro-striat, fiind sintetizată de neuronii substanței negre și deplasată în lungimea axonilor, pentru a se acumula apoi în veziculele presinaptice din caudat și putamen.
C. Fiind eliberată în caudat, este repede inactivată enzimatic de catecolometiltransferază și recaptată de neuronii dopaminergici.
D. Scăderea concentrației conduce la un sindrom de hiperkinezie.
E. Enzimele care participă la sinteza ei sunt tirozin-hidroxilaza și dopa-decarboxilaza.

18. Hipotonia musculară se constată în:
A. Leziunile periferice ale sistemului nervos.
B. Leziunile măduvei spinării.
C. Afectarea cerebelului.
D. Afectarea sistemului extrapiramidal (sindromul hipotonic-hiperkinetic).
E. Boala Parkinson.

19. Hipertonia musculară se caracterizează prin:
A. Fenomenul „lamă de briceag".
B. La membrele superioare sunt contractați flexorii, iar la membrele inferioare – extensorii.
C. Contractura predomină distal, fiind mai exprimată la nivelul mâinii și piciorului.
D. Se accentuează în timpul unor mișcări active și mersului, sub influența frigului, emoțiilor.
E. Crește în timpul somnului fiziologic.

20. Hipertonia musculară extrapiramidală are următoarele particularități:
A. Este ceroasă, globală, generalizată în toate grupele musculare.
B. Predomină proximal.
C. Semnul „lamă de briceag".
D. Exagerează reflexele de postură.
E. Se accentuează sub influența frigului, emoțiilor, dar diminuează sub acțiunea unor derivați de atropină sau a medicamentelor antiparkinsoniene și dispare în timpul somnului.

21. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la rigiditatea prin decerebrare:
A. Se datorează unor leziuni mezencefalice.
B. Se manifestă clinic prin hipertonie musculară.
C. Are loc flexia brațelor și antebrațelor.
D. Membrele inferioare se află în flexie, abducție și rotație externă.
E. Au loc mișcări involuntare generalizate.

22. Sindromul hipotonic-hiperkinetic se caracterizează prin:
A. Prezența dominantă a unor mișcări involuntare de tip coreic.
B. Prezența dominantă a unor mișcări involuntare de tip atetozic.

C. Prezența dominantă a unor mişcări involuntare de tip coreo-atetozic.
D. Prezența dominantă a unor mişcări involuntare de tip hemibalic sau a unor ticuri şi mioclonii.
E. Hipertonus muscular.

23. Coreea se caracterizează prin:
A. Apariția mişcărilor involuntare, ce pot cuprinde toți muşchii netezi ai organismului.
B. Mişcări bruşte, involuntare, dezordonate, neprevăzute, bizare, necorespunzătoare unui scop.
C. Mişcări ample, aritmice, variabile de la un moment la altul, fără vreo ordine în succesiunea lor.
D. Muşchii feței execută nişte grimase bizare, groteşti (fruntea se încrețeşte, ochii se închid, buzele se contractă).
E. Afonie complexă.

24. Mişcările coreice se întâlnesc în:
A. Encefalita reumatică.
B. Coreea gravidelor.
C. Coreea Huntington.
D. Degenerescența hepatolenticulară.
E. Hepatita cronică.

25. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la atetoză:
A. Predomină în segmentele distale ale membrelor superioare şi inferioare.
B. Mişcările sunt rapide.
C. Mişcările sunt continue.
D. Mişcările sunt vermiculare.
E. Degetele efectuează mişcări alternative de flexiune şi extensie, de abducție şi adducție.

26. Sindromul Parkinson se caracterizează prin:
A. Rigiditate musculară ce poartă caracterul hipertoniei extrapiramidale.
B. Tremurătură cu caracter static.
C. Încetinirea mişcărilor voluntare.
D. Mişcări involuntare, bruşte stereotipice, localizate întotdeauna în unul şi acelaşi grup de muşchi.
E. Prezența dominantă a unor mişcări involuntare de tip coreic, atetozic, coreo-atetozic, hemibalic sau a unor ticuri şi mioclonii.

27. Marcați expresiile care se referă la tremurătura caracteristică parkinsonismului:
A. „A fuma pipa".
B. „A face pilule".
C. „A număra banii".
D. „Roată zimțată".
E. „A bate tactul".

28. Citoarhitectonica cortexului cerebelului este alcătuită din următoarele straturi:
A. Stratul molecular.
B. Stratul celulelor Purkinje.
C. Stratul granular.

D. Centrul medular.
E. Stratul celulelor gigantice.

29. Prin cele 3 perechi de pedunculi, cerebelul asigură legătura cu structurile:
A. Sensibilității comune.
B. Trunchiului cerebral.
C. Sistemului extrapiramidal.
D. Cortexului cerebral.
E. Măduvei spinării.

30. Lezarea părților laterale ale cerebelului conduce la apariția:
A. Afaziei.
B. Dismetriei.
C. Asinergiei.
D. Adiadocokineziei.
E. Agnoziei vizuale.

31. Rolul fiziologic al cerebelului se reduce la:
A. Inhibiția mişcărilor involuntare.
B. Coordonarea mişcărilor necesare pentru stațiune şi mers.
C. Executarea fină superioară a mişcărilor inițiate de cortexul cerebral.
D. Mişcarea asociată a capului şi globilor oculari.
E. Deglutiție pentru lichide şi solide.

32. Despre starea tonusului diferitor grupe de muşchi, cerebelul primeşte informația:
A. Prin fibrele arciforme.
B. De la nucleii Goll şi Burdach.
C. De la nucleul vestibular Bechterew.
D. Prin tractul spinocerebelos anterior (Flechsig).
E. Prin tractul cortico-pontin.

33. Sindromul cerebelos se prezintă sub formă de:
A. Tulburări de stațiune şi mers.
B. Pierdere a echilibrului.
C. Lipsă de coordonare a mişcărilor de tonus în direcția unei hipotonii.
D. Hiperkineze.
E. Hipertonus muscular „lamă de briceag".

34. Selectați afirmațiile corecte referitoare la mersul cerebelos:
A. Mers ebrios, nesigur, în zigzag.
B. Membrele inferioare sunt depărtate unul de altul.
C. Oscilații ale trunchiului.
D. Balansări ale membrelor superioare.
E. Paşi foarte mici, mărunți.

35. Selectați manifestările clinice care pot fi prezente în cazul tulburării funcției cerebeloase:
A. Adiadohokinezia.
B. Hipermetria.
C. Hemeralopia.

D. Nistagmusul.
E. Hipotonia musculară.

36. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la mersul tabetic:
A. Este un mers talonat, hipermetric.
B. Bolnavul „calcă în străchini”.
C. Semnul Romberg este negativ.
D. Este prezent nistagmusul.
E. Bolnavul „merge cu ochii”.

37. Indicați maladiile în care poate fi observat mersul hiperkinetic:
A. Boala Parkinson.
B. Coreea Sydenham.
C. Coreea Huntington.
D. Boala Wilson.
E. Boala Friedreich.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați tractul cu particularitățile sale specifice:

Tractul:
a. Cortico-nuclear.
b. Cortico-lombosacrat.

Particularitățile:
1. Pleacă din partea inferioară a regiunii frontale ascendente.
2. Pleacă din partea internă a emisferei cerebrale la nivelul lobului paracentral.
3. Este destinat pentru inervarea somatică piramidală voluntară a organelor situate în cavitatea pelvină (rectul, vezica urinară, organele genitale).
4. Se termină în nucleii nervilor motorii cranieni, situați în trunchiul cerebral.
5. Are destinația de a inerva muşchii feței, masticatori, ai laringelui.
6. Are legătură bilaterală cu cortexul cerebral.

2. Indicați care reflexe se examinează de pe membrele superioare şi care – de pe cele inferioare:

Membrele:
a. Superioare.
b. Inferioare.

Reflexele:
1. Bicipital.
2. Tricipital.
3. Rotulian.
4. Achilian.
5. Stiloradial.

3. Repartizați cifrele în corespundere cu literele:

Tipul:
a. Reflexe cutanate
b. Reflexe patologice

Reflexele:
1. Cremasterian.
2. Abdominal.
3. Plantar.
4. Babinski.
5. Oppenheim.
6. Gordon Rossolimo.
7. De apărare de triplă reacție.
8. Rossolimo.

4. Asociați sindroamele neuronului motor periferic și al celui central cu caracteristicile lor:

a. Sindromul neuronului motor periferic.
b. Sindromul neuronului motor central.

1. Atrofie musculară.
2. Hipertonie musculară (spasticitate cu amplitudine redusă a mișcărilor pasive).
3. Fasciculații musculare – contractarea unor grupuri de fibre musculare, fără a duce la deplasarea membrului.
4. Hipotonie musculară.
5. Abolire a reflexelor osteotendinoase.
6. Hiperreflexie osteotendinoasă.
7. Clonus al plantei și al rotulei.
8. Diminuare sau abolire a reflexelor cutanate abdominale și cremasterian.
9. Reacție de degenerescență.
10. Reflexe patologice: Babinski, Oppenheim, Gordon și altele.
11. Reflexe de apărare și de retracție triplă.
12. Sinkinezii.

5. Repartizați caracteristicile clinice ale spasmului de torsiune și ale torticolisului spasmodic:

a. Spasmul de torsiune.
b. Torticolisul spasmodic.

1. Mișcări involuntare localizate la nivelul mușchilor trunchiului.
2. Rotație cu caracter tonic sau clonic a gâtului.
3. Coloana vertebrală efectuează o torsiune de mare amplitudine, mișcări de flexie și extensie.
4. Se pun în evidență contracții ale sternocleidomastoidianului, ale trapezului și mușchiului splenius.
5. Corpul se răsucește în atitudine bizară.
6. După spasm, mușchii sunt hipotonici.
7. Rotația se face datorită contracției mușchilor cervicali atât profunzi, cât și superficiali.

6. Asociați cifrele cu literele:

a. Formațiuni subcorticale și din trunchiul cerebral ale sistemului extrapiramidal.
b. Nucleii cerebelului.

1. Nucleul fastigial.
2. Nucleul caudat.
3. Nucleul lenticular.
4. *Nucleus globosus*.
5. Nucleul roșu.
6. Nucleul emboliform.
7. Substanța neagră.

7. Asociați cifrele cu literele:

a. Pedunculul cerebelos inferior.
b. Pedunculul cerebelos mediu.
c. Pedunculul cerebelos superior.

1. Tractul spino-cerebelos dorsal (Flechsig).
2. Fibrele Goll și Burdach.
3. Asigură legăturile cu formațiunile olivei inferioare și cu substanța reticulată bulbară.
4. Aproape toate aceste fibre se termină în aceeași parte a cerebelului, în vermis.
5. Se realizează conexiunile ponto-cerebeloase.
6. Tractul fronto-ponto-cerebelos.
7. Tractul occipito-temporo-ponto-cerebelos.
8. Au în componența lor fibre provenite din nucleii proprii.
9. Formează încrucișarea Werneking.
10. O parte din fibre se termină în cortexul motor.

8. Asociați tulburările de mers cu cauzele ce pot să le provoace:

a. Stepaj unilateral.
b. Stepaj bilateral.

1. Polineuropatie: alcoolică, diabetică, arsenică etc.
2. Polinevrită: difterică, virală, colagenoasă.
3. Ischemie vasculară de epiconus medular.
4. Miopatie neurală Charcot-Marie.
5. Hernie de disc cu compresiunea rădăcinii $L_5$.
6. Afectare corticală tumorală, traumatică sau vasculară.
7. Afectarea nervului peroneal (traumatisme, compresiune) etc.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. S-a stabilit că emisferele cerebelului au funcția de coordonare a mişcărilor fine ale membrelor superioare şi inferioare, iar vermisul – funcția de coordonare a mişcărilor corpului.
2. Mersul simulat se întâlneşte la persoanele care, în mod intenționat, simulează boala, prezentând dereglări de mers, pentru a obține un avantaj – certificat medical sau grad de invaliditate.
3. Mersul isteric apare la femeile cu histerectomie şi se vindecă repede, prin psihoterapie.

## RĂSPUNSURI

**I.**

1. C, p. 32.
2. D, p. 32.
3. A, p. 32.
4. E, p. 32.
5. C, p. 33.
6. A, p. 35.
7. D, p. 35.
8. D, p. 35.
9. B, p. 36.
10. B, p. 37.
11. C, p. 38.
12. D, p. 38.
13. C, p. 39.
14. E, p. 41.
15. D, p. 43.
16. E, p. 44.
17. C, p. 47.
18. C, p. 47.
19. B, p. 47.
20. D, p. 48.
21. A, p. 49.
22. E, p. 49.
23. B, p. 50.
24. A, p. 50.
25. E, p. 53.
26. A, p. 54.
27. A, p. 54.
28. A, p. 55.
29. C, p. 55.
30. C, p. 55.
31. D, p. 55.
32. C, p. 55.
33. A, p. 56.
34. D, p. 56.
35. E, p. 58.
36. A, p. 58.
37. C, p. 58.
38. D, p. 58.
39. C, p. 59.
40. A, p. 59.
41. B, p. 60.
42. B, p. 63.
43. B, p. 64.
44. D, p. 64.
45. E, p. 65.
46. C, p. 66.
47. D, p. 62–67.

**II.**

1. A, C, D, E, p. 32.
2. A, B, C, D, p. 32.
3. A, B, C, p. 32.
4. A, D, E, p. 32.
5. A, B, p. 32.
6. A, B, C, p. 32.
7. C, D, E, p. 36.
8. B, D, E, p. 37.
9. B, C, D, E, p. 37–38.
10. A, C, D, p. 41.
11. C, D, E, p. 44.
12. A, C, E, p. 46.
13. C, D, E, p. 46.
14. A, B, C, E, p. 47.
15. A, B, C, E, p. 47.
16. B, D, E, p. 48.
17. B, C, E, p. 49.
18. A, B, C, D, p. 51.
19. A, B, C, D, p. 51.
20. A, B, D, E, p. 52.
21. A, B, p. 52.
22. A, B, C, D, p. 52.
23. B, C, D, E, p. 52.
24. A, B, C, D, p. 53.
25. A, C, D, E, p. 53.
26. A, B, C, p. 54.
27. B, C, E, p. 54.
28. A, B, C, D, p. 55.
29. B, C, D, E, p. 56.
30. B, C, D, p. 58.
31. B, C, p. 58.
32. A, B, C, D, p. 58.
33. A, B, C, p. 59.
34. A, B, C, D, p. 59.
35. A, B, D, E, p. 61.
36. A, B, E, p. 64.
37. B, C, D, p. 66.

**III.**

1.
a. 1, 4, 5.
b. 2, 3, 6, p. 33.

2.
a. 1, 2, 5.
b. 3, 4, p. 38–40.

3.
a. 1, 2, 3.
b. 4, 5, 6, 7, 8, p. 40–42.

4.
a. 1, 3, 4, 5, 9.
b. 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, p.42.

5.
a. 1, 3, 5, 6.
b. 2, 4, 7, p. 53.

6.
a. 2, 3, 5, 7, p. 46–47.
b. 1, 4, 6, p. 55.

7.
a. 1, 2, 3, 4, p. 57.
b. 5, 6, 7, p. 57.
c. 8, 9, 10, p. 56.

8.
a. 5, 6, 7.
b. 1, 2, 3, 4, p. 62.

**IV.**

1. B, p. 58.
2. A, p. 66.
3. D, p. 67.

# 5. NERVII CRANIENI

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Nervul olfactiv realizează funcţia:
   A. Mirosului.
   B. Văzului.
   C. Auzului.
   D. Echilibrului.
   E. Sensibilităţii somatice a feţei şi cavităţii nazale.

2. Corpul celular al primului neuron al nervului olfactiv e situat în:
   A. Bulbul olfactiv.
   B. *Trigonum olfactorius.*
   C. Substanţa perforată anterioară.
   D. *Septum pellucidum.*
   E. Mucoasa cavităţii nazale şi a septului nazal.

3. Corpul celular al primului neuron al nervului olfactiv are formă:
   A. De conuri.
   B. De bastonaşe.
   C. Bipolară.
   D. Ganglionară.
   E. Multipolară.

4. Axonul primului neuron al nervului olfactiv pătrunde în craniu prin:
   A. Fisura orbitală superioară.
   B. Gaura rotundă.
   C. Gaura ovală.
   D. Lama ciuruită a osului sfenoid.
   E. Gaura stilomastoidiană.

5. Unde se află corpul celular al celui de-al doilea neuron al nervului olfactiv?
   A. *Trigonum olfactorius.*
   B. *Bulbus olfactorius.*
   C. *Fila olfactoria.*
   D. *Septum pellucidum.*
   E. *Uncus.*

6. Zone corticale de proiecţie ale analizorului olfactiv în ambele emisfere sunt:
   A. Circumvoluţiunea parahipocampală (*uncus*).
   B. *Corpora mamillaria.*
   C. *Thalamus opticus.*
   D. *Nucleus amygdalae.*
   E. *Lobus temporalis.*

7. Principalul simptom de afectare a nervului olfactiv este:
   A. Anosmia.
   B. Hiposmia.

C. Hiperosmia.
D. Dizosmia.
E. Halucinațiile olfactive.

8. Senzația mirosurilor inexistente (halucinații olfactive) poate apărea la afectarea:
A. *Fornix*-ului.
B. Tractului olfactiv.
C. Bulbului olfactiv.
D. *Trigonum*-ului olfactiv.
E. Cortexului olfactiv.

9. Nervul optic își ia începutul din:
A. Celulele bipolare.
B. Celulele ganglionare.
C. Celulele retinei oculare.
D. Corpul geniculat lateral.
E. Tuberculii cvadrigemeni.

10. Axonii căror celule formează nervul optic?
A. „Conurilor" și „bastonașelor".
B. Celulelor bipolare.
C. Celulelor ganglionare.
D. Celulelor din *pulvinar thalami*.
E. Celulelor din tuberculii cvadrigemeni.

11. Fasciculul central optic se termină în:
A. Corpul geniculat lateral.
B. *Pulvinar thalami*.
C. Tuberculii cvadrigemeni.
D. Ganglionul ciliar.
E. Regiunea scizurii calcarine.

12. Indicați centrul reflex al reacției pupilare la lumină:
A. Fibrele nervului optic.
B. Tuberculii cvadrigemeni anteriori ai mezencefalului.
C. Nucleul Iakubovici.
D. Fibrele nervului oculomotor.
E. Ganglionul ciliar.

13. Examinarea câmpului vizual se efectuează cu ajutorul:
A. Unor tabele speciale, alcătuite din litere aranjate în rânduri.
B. Perimetrului.
C. Tabelelor Rabkin.
D. Oftalmoscopului.
E. Fotooftalmoscopului.

14. Lipsa capacității de diferențiere a culorilor poartă denumirea de:
A. Daltonism.
B. Acromatopsie.
C. Amauroză.
D. Hemianopsie.
E. Ambliopie.

15. Se numeşte *scotom negativ*:
   A. Incapacitatea pacientului de a împărţi în jumătate un ştergar de mărime obişnuită.
   B. Incapacitatea deosebirii culorilor roşie şi verde.
   C. Lipsa acuităţii vizuale.
   D. Diminuarea acuităţii vizuale.
   E. Incapacitatea de a observa defectul câmpului vizual.

16. Nucleii nervilor oculomotori sunt situaţi în:
   A. Pedunculii cerebrali, la nivelul tuberculilor cvadrigemeni ai mezencefalului.
   B. Partea posterioară a circumvoluţiunii frontale mijlocii.
   C. Ganglionul semilunar.
   D. Partea inferioară a circumvoluţiunii precentrale.
   E. Protuberanţă.

17. Dacă acomodarea cristalinului se dereglează, persoana:
   A. Nu poate deschide deplin ochiul sau deloc.
   B. Are strabism divergent.
   C. Pierde posibilitatea de a vedea clar obiectele situate la diferite distanţe.
   D. Are sindrom altern Weber.
   E. Are sindrom altern Benedikt.

18. Nervul oculomotor iese din cavitatea craniului prin:
   A. Gaura canalului nervului optic.
   B. Fisura orbitală superioară.
   C. Fisura orbitală inferioară.
   D. Gaura rotundă.
   E. Gaura stilomastoidiană.

19. Se numeşte *anizocorie*:
   A. Afectarea nervului III tip periferic pe partea respectivă şi o hemiplegie centrală pe partea opusă.
   B. Lezarea nervului oculomotor tip periferic şi coreoatetoză cu tremor intenţionat pe partea opusă.
   C. Dilatarea pupilei.
   D. Dimensiunile diferite ale pupilelor.
   E. Îngustarea pupilei.

20. În caz de lezare a meningelui care înfăşoară nervul oculomotor în spaţiul interpeduncular, printre primele semne de lezare este:
   A. Strabismul divergent.
   B. Strabismul convergent.
   C. Sindromul altern Weber.
   D. Dereglarea acomodării.
   E. Ptoza pleoapei superioare.

21. Muşchiul oblic superior are funcţia de:
   A. Ridicare a pleoapei superioare.
   B. Mişcare a globului ocular spre nas.
   C. Întoarcere a globului ocular în jos şi în afară.
   D. Întoarcere a globului ocular în sus şi în interior.
   E. Mişcare a globului ocular în jos.

22. Nervul abducens (perechea a VI-a) inervează muşchiul:
   A. Drept extern.
   B. Drept intern.
   C. Rect superior.
   D. Oblic superior.
   E. Oblic inferior.

23. În cazul lezării nervului abducens, apare:
   A. Strabismul divergent.
   B. Strabismul convergent.
   C. Anizocoria.
   D. Midriaza.
   E. Mioza.

24. Sindromul altern Foville este compus din:
   A. Strabism convergent şi hemipareză centrală din partea opusă lui.
   B. Pareză facială tip periferic şi hemiplegie din partea opusă lui.
   C. Pareză facială tip central şi hemipareză tip central din partea opusă focarului.
   D. Strabism convergent cu paralizie facială periferică şi hemiplegie centrală din partea opusă focarului.
   E. Dereglări concomitente de motilitate ale globilor oculari.

25. În cazul lezării complete a fasciculului medial longitudinal, apar:
   A. Oftalmoplegia internucleară.
   B. Imposibilitatea deplasării globului ocular în partea opusă.
   C. Abolirea fotoreacției directe.
   D. Deplasări involuntare ale globilor oculari în sus.
   E. Paralizia convergenței şi a fotoreacției pupilare.

26. Alegeți descrierea corectă a sindromului Gertvig-Majandi:
   A. Simptome de afectare a nervului abducens cu paralizie facială periferică omolaterală şi hemiplegie centrală din partea opusă focarului.
   B. Devine imposibilă mişcarea concomitentă a globilor oculari.
   C. Globii oculari sunt involuntar deplasați în direcția emisferei lezate („bolnavul se uită spre focar").
   D. E prezentă paralizia văzului în sus (în jos – mai rar).
   E. Globul ocular pe partea focarului este deplasat în jos şi înăuntru, iar celălalt – în sus şi în afară.

27. Mişcările de convergență ale globilor oculari se examinează în felul următor:
   A. Apropiind treptat de nasul pacientului ciocănaşul neurologic şi rugându-l, în prealabil, să-l urmărească cu privirea.
   B. Propunându-i pacientului să urmărească cu privirea mişcările laterale, de ridicare şi coborâre ale ciocănaşului neurologic.
   C. Examinatorul acoperă ochii bolnavului cu palmele sale, rugându-l, totodată, să țină ochii deschişi. După 10–15 secunde descoperă, pe rând, fiecare ochi. Dacă pupila se îngustează, reacția este normală.
   D. Cu o lanternă, ce emană un fascicul îngust de lumină, se inspectează răspunsul fiecărei pupile la excitația luminoasă.
   E. Se acoperă numai un ochi. Pupila celuilalt ochi se dilată şi se contractă imediat ce ochiul-pereche se descoperă.

28. Indicați nervul cranian principal responsabil de partea senzitivă somatică a feței.
   A. Nervul vag (perechea a X-a).
   B. Nervul glosofaringian (perechea a IX-a).
   C. Nervul facial (perechea a VII-a).
   D. Nervul trigemen (perechea a V-a).
   E. Nervul optic (perechea a II-a).

29. Corpul celular al primilor neuroni senzitivi ai nervului trigemen se află în:
   A. Canalul Fallope.
   B. Ganglionul semilunar (ganglionul Gasser).
   C. Ganglionul geniculat.
   D. Ganglionul submaxilar.
   E. Ganglionul sublingual.

30. Unde se află corpul celular al neuronilor III ai nervului trigemen?
   A. În nucleul tractului spinal al nervului trigemen.
   B. În protuberanță.
   C. În nucleii terminali.
   D. În tegumentul punții Varolio.
   E. În talamusul optic.

31. Apariția erupțiilor de *Herpes zoster* în zonele de localizare a durerilor pe față este caracteristică doar în afectarea:
   A. Nucleului tractusului spinal al nervului trigemen.
   B. Uneia din ramurile nervului trigemen.
   C. Ganglionului semilunar.
   D. Rădăcinii nervului trigemen.
   E. Nucleului motor al nervului trigemen.

32. Se numește *trismus*:
   A. O încordare tonică pronunțată a mușchilor masticatori.
   B. Apariția dereglărilor segmentare ale sensibilității pe față.
   C. Închiderea ochilor la atingerea unei bucățele de vată de conjunctivă sau cornee.
   D. Închiderea involuntară a gurii la o lovitură ușoară a ciocănașului neurologic pe bărbie, gura fiind întredeschisă.
   E. Apariția erupțiilor de *Herpes zoster* în zonele de localizare a durerilor pe față.

33. Nervul facial părăsește craniul prin:
   A. Gaura mare occipitală.
   B. Gaura rotundă.
   C. Fanta sfenoidă.
   D. Gaura stilomastoidiană.
   E. Gaura rotundă.

34. La nivelul lojei parotide nervul facial formează:
   A. *Pes anserinus major.*
   B. *Pes anserinus minor.*
   C. *Pes anserinus intermedius.*
   D. „Lacrimile de crocodil”.
   E. „Pieptul mare de găină”.

35. În caz de lezare a nervului pietros mare superficial, apare:
   A. Hipersecreția lacrimală.
   B. Xeroftalmia.
   C. Hiperacuzia.
   D. Paralizia mușchilor mimici.
   E. Ageuzia pe $^2/_3$ anterioare ale limbii.

36. Alegeți descrierea corectă a hiperacuziei.
   A. Recepție neplăcută, violența sunetelor „obișnuite".
   B. Proprietate fiziologică de recepționare deosebit de fină a sunetelor de intensitate mică.
   C. Auz muzical apropiat de cel absolut.
   D. Recepție „obișnuită" a sunetelor puternice și „ridicată" a celor slabe.
   E. Recepție sporită a sunetelor în condiții de stres psihoemoțional.

37. Ce este *prozoplegia*?
   A. Dereglarea recepției gustative pe $^2/_3$ din suprafața limbii.
   B. O asimetrie a feței.
   C. Paralizia mușchilor mimici.
   D. Paralizia văzului în direcția focarului.
   E. Lăcrimarea abundentă.

38. Ganglionul spiral Corti este situat în:
   A. Urechea externă.
   B. Urechea internă, la marginea lamei spiralate a melcului.
   C. Unghiul ponto-cerebelos.
   D. Calota ponto-bulbară.
   E. Oliva superioară și corpul trapezoid.

39. Analizorul auditiv se proiectează pe cortex:
   A. În partea anterioară a circumvoluțiunii temporale superioare.
   B. În partea medie a circumvoluțiunii temporale superioare.
   C. În partea posterioară a circumvoluțiunii temporale superioare.
   D. Pe circumvoluțiunea precentrală din lobul frontal.
   E. Pe circumvoluțiunea postcentrală din lobul parietal.

40. Distanța dintre examinator și pacient în timpul examinării acuității auditive trebuie să fie de:
   A. 30 cm.
   B. 1 m.
   C. 2 m.
   D. 3 m.
   E. 6 m.

41. Corpul celular al primului neuron al părții vestibulare a perechii a VIII-a de nervi cranieni se află în:
   A. Ganglionul Scarpa.
   B. Ganglionul Corti.
   C. Ganglionul Gasser.
   D. Ganglionul superior al nervului vag.
   E. Ganglionul inferior al nervului vag.

42. Unde se află corpul celular al motoneuronului periferic al porțiunii motorii a nervului glosofaringian?
   A. În ganglionul superior al nervului glosofaringian.
   B. În ganglionul inferior al nervului glosofaringian.
   C. În nucleul tractusului solitar.
   D. În nucleul medial al talamusului.
   E. În nucleul ambiguu.

43. Fibrele parasimpatice din componența nervului glosofaringian controlează:
   A. Funcționarea mușchilor inimii.
   B. Secreția glandei lacrimale.
   C. Contracția mușchilor netezi ai organelor interne şi vaselor sanguine.
   D. Secreția glandei parotide.
   E. Contracția mușchilor striați ai faringelui, vălului palatin, laringelui, epiglotei şi părții superioare a esofagului.

44. Corpul neuronului al III-lea senzitiv al nervului vag își are sediul în:
   A. Ganglionul superior al nervului vag.
   B. Ganglionul inferior al nervului vag.
   C. Talamus.
   D. Capsula internă.
   E. Porțiunea inferioară a circumvoluțiunii postcentrale a cortexului cerebral.

45. Nervul accesor (perechea a XI-a) conține în componența sa fibre:
   A. Senzoriale.
   B. Senzitive.
   C. Motorii.
   D. Vegetative parasimpatice.
   E. Vegetative simpatice.

46. Porțiunea spinală a nervului accesor pătrunde în craniu prin:
   A. Gaura ruptă posterioară.
   B. Gaura occipitală.
   C. Conductul auditiv intern.
   D. Gaura stilomastoidiană.
   E. Gaura ovală.

47. Axonii neuronilor motorii centrali ai nervului hipoglos (*n. hypoglossus*) se termină în:
   A. Bulb.
   B. Protuberanță.
   C. Pedunculii cerebrali.
   D. Genunchiul capsulei interne.
   E. Mușchii limbii.

48. Se numește *disfagie*:
   A. Dereglarea gustului pe ⅓ posterioară a limbii.
   B. Pierderea sensibilității pe partea superioară a faringelui.
   C. Tulburarea deglutiției pentru solide şi lichide.
   D. Paralizia coardelor vocale.
   E. Dereglarea sensibilității în mucoasa faringelui.

49. Alegeți descrierea corectă a sindromului altern Jackson:
   A. Leziune omolaterală a nervului III cu hemipareză sau hemiplegie centrală controlaterală.
   B. Leziune omolaterală periferică a nervului trohlear şi printr-o hemipareză sau hemiplegie controlaterală.
   C. Simptome de alterare omonimă periferică a nervului hipoglos şi hemiplegie sau hemipareză controlaterală.
   D. Pareză omolaterală a văzului, asociată cu ataxie şi coreoatetoză din aceeaşi parte şi printr-o hemipareză centrală şi hemianestezie controlaterală.
   E. Leziune periferică omonimă a nervilor glosofaringian, vag, accesor şi hipoglos şi hemipareză sau hemiplegie centrală controlaterală corpului.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Dintre cele 12 perechi de nervi cranieni sunt pur senzitive perechile:
   A. I (nervul olfactiv).
   B. II (nervul optic).
   C. III (nervul oculomotor).
   D. V (nervul trigemen).
   E. VIII (nervul acustico-vestibular).

2. Dintre cele 12 perechi de nervi cranieni sunt motorii perechile:
   A. II (nervul optic).
   B. IV (nervul trohlear).
   C. VI (nervul abducens).
   D. XI (nervul accesor).
   E. XII (nervul hipoglos).

3. Indicați perechile de nervi cranieni în componența cărora sunt foarte multe fibre vegetative:
   A. III (nervul oculomotor).
   B. V (nervul trigemen).
   C. VII (nervul facial).
   D. IX (nervul glosofaringian).
   E. XI (nervul accesor).

4. Indicați centrele primare ale mirosului:
   A. Corpul geniculat lateral.
   B. *Trigonum olfactorius.*
   C. Substanța perforată anterioară.
   D. *Septum pellucidum.*
   E. *Pulvinar thalami.*

5. Examinarea mirosului se efectuează cu ajutorul următoarelor substanțe:
   A. Ulei camforat.
   B. Tinctură de mentă.
   C. Valeriană.
   D. Amoniac.
   E. Acid acetic.

6. Reacţia pupilară la lumină (constricţia pupilei) se realizează prin arcul reflex, la care participă următoarele structuri:
   A. Fibrele nervului optic.
   B. Tuberculii cvadrigemeni anteriori ai mezencefalului.
   C. Nucleul Iakubovici.
   D. Fibrele nervului oculomotor.
   E. Muşchiul ciliar.

7. Principalele metode de examinare a nervului optic sunt:
   A. Controlul acuităţii vizuale.
   B. Controlul câmpului vizual.
   C. Verificarea capacităţii de diferenţiere a culorilor.
   D. Controlul dimensiunilor şi formei pupilei.
   E. Examenul fundului de ochi.

8. Hemianopsiile omonime apar în cazul lezării:
   A. Nervului optic.
   B. Tractului optic.
   C. Corpului geniculat lateral.
   D. Chiasmei optice.
   E. Capsulei interne.

9. Nervul oculomotor (perechea a III-a) inervează muşchii externi ai globilor oculari, cu excepţia muşchiului:
   A. Extern drept.
   B. Oblic superior.
   C. Superior drept.
   D. Intern drept.
   E. Oblic inferior.

10. Indicaţi manifestările posibile în cazul leziunii izolate a nervului trohlear:
    A. Dilatarea pupilei.
    B. Pareza muşchiului ridicător al pleoapei superioare.
    C. Anizocoria.
    D. Limitarea mişcărilor globului ocular în jos şi în afară.
    E. Bolnavul acuză diplopie la privire pe verticală în jos şi puţin într-o parte.

11. Sistemul nervului abducens (perechea a VI-a) are următoarele calificative:
    A. Este format din doi neuroni.
    B. Neuronul central este situat în partea superioară a circumvoluţiunii precentrale.
    C. Nucleul (neuronul periferic) este aşezat în protuberanţă (puntea Varolio), în partea posterioară a ei.
    D. Fibrele nervului ies prin şanţul bulbo-protuberanţial, lateral eminenţei piramidei bulbare.
    E. Nervul pătrunde în orbită prin fanta sfenoidă şi inervează muşchiul drept extern, care deplasează globul ocular în afară (lateral).

12. Deseori, nervul abducens este inclus în procesul patologic ce se dezvoltă la baza creierului, şi anume în:
    A. Accidentul vascular cerebral în teritoriul arterei cerebrale medii.
    B. Arahnoidita cerebrală.

C. Tumorile cerebrale.
D. Intoxicații.
E. Traumatisme.

13. Alegeți afirmațiile corecte care se referă la inervația văzului:
   A. Mişcarea izolată a unui singur glob ocular la omul sănătos este imposibilă.
   B. Mişcările concomitente ale globilor oculari sunt dirijate de fasciculul longitudinal posterior.
   C. Fasciculul longitudinal posterior porneşte din nucleul Darşkevici al mezencefalului.
   D. Fasciculul longitudinal posterior leagă nucleii nervilor oculomotori, vestibulari şi vagi.
   E. Leziunea completă a fasciculului longitudinal posterior nu se manifestă clinic, deoarece funcția mişcării asociate a globilor oculari este realizată de centrul cortical din partea posterioară a circumvoluțiunii frontale mijlocii.

14. Examinarea nervilor oculomotori se face în felul următor:
   A. Se precizează dacă bolnavii nu au dereglări de acuitate vizuală.
   B. Se apreciază dimensiunile fantelor palpebrale şi ale pupilelor.
   C. Se examinează reflexul fotomotor direct şi consensual.
   D. Se efectuează examenul motilității oculare, propunându-i-se pacientului să urmărească mişcările ciocănaşului neurologic.
   E. Se examinează mişcările de convergență ale globilor oculari.

15. Indicați manifestările clinice ce se instalează în cazul leziunii periferice a nervului oculomotor comun (perechea a III-a):
   A. Rămâne conservat reflexul fotomotor.
   B. Apare paralizia periferică completă a muşchilor globilor oculari.
   C. Tulburări ale motilității pupilare.
   D. În cele mai dese cazuri sunt afectați şi alți nervi cranieni.
   E. Rămân conservate reflexele de acomodare la lumină şi la distanță.

16. Indicați reflexele care se examinează în cadrul examenului funcției nervului trigemen:
   A. Fotomotor.
   B. Conjunctival.
   C. Vălului palatin.
   D. Cornean.
   E. Mandibular.

17. Indicați nervii cranieni care ies din protuberanță la nivelul unghiului ponto-cerebelos:
   A. Oculomotor comun.
   B. Facial.
   C. Vestibulo-cohlear.
   D. Intermediar.
   E. Glosofaringian.

18. Indicați afirmațiile care se referă la metoda de examinare clinică a funcției nervului facial:
   A. Inspectarea muşchilor maseteri în stare de repaus.
   B. Se atrage atenția cât de pronunțate sunt plicele nazo-labiale şi conturul bucal.

C. Examinarea gustului pe $^{2}/_{3}$ anterioare ale limbii.
D. Se precizează dacă nu sunt manifestări de xeroftalmie.
E. Pacientului i se propune să-şi încreţească fruntea, să închidă strâns ochii, să-şi arate dinţii.

19. Simptome de lezare a nervului facial sunt:
A. Paralizia muşchilor mimici.
B. Lagoftalmia (ochiul nu poate fi închis complet).
C. Manifestarea „Charles Bell".
D. Lăcrimarea abundentă.
E. Strabismul divergent.

20. Leziunile nervului facial, situate mai jos de nivelul emergenţei în canalul Fallope al nervului pietros mare superficial şi al nervului muşchiului scăriţei, sunt însoţite de:
A. Paralizia muşchilor mimici din partea opusă focarului (grupul lor inferior).
B. Hemiplegia sau hemipareza din aceeaşi parte.
C. Paralizia muşchilor mimici expresivi ai feţei din partea omonimă.
D. Lăcrimare abundentă din aceeaşi parte.
E. Lipsa sensibilităţii gustative pe $^{2}/_{3}$ anterioare ale limbii.

21. Surditatea sau hipoacuzia poate fi:
A. De inducţie.
B. De transducţie.
C. De transmisie.
D. De percepţie.
E. Corticală.

22. Pentru a stabili tipul hipoacuziei, se folosesc:
A. Proba Rinné.
B. Proba Ménière.
C. Proba Schwabach.
D. Proba Weber.
E. Audiometria.

23. Dereglările unilaterale ale auzului sunt posibile la lezarea:
A. Sistemului auditiv de recepţie.
B. Părţii cohleare a nervului VIII.
C. Nucleilor cohleari ai nervului VIII.
D. Circumvoluţiunii temporale superioare.
E. Circumvoluţiunii temporale inferioare.

24. Indicaţi nucleii nervului vestibular din trunchiul cerebral:
A. Rostral.
B. Lateral.
C. Medial.
D. Superior.
E. Inferior.

25. Nucleii vestibulari din trunchiul cerebral conectează următoarele formaţiuni cortico-subcorticale:
A. Fasciculul vestibulo-spinal, care se îndreaptă pe partea omonimă spre motoneuronii din coarnele anterioare ale măduvei spinării.

B. Fasciculul longitudinal medial.
C. Cerebelul, formațiunea reticulată a trunchiului cerebral și nucleul dorsal al nervului vag.
D. Talamusul optic, sistemul extrapiramidal, cortexul lobului temporal.
E. Circumvoluțiunea parahipocampală.

26. Metoda de examinare a părții vestibulare a nervului VIII cuprinde:
A. Mai întâi, se precizează dacă pacientul nu acuză hipoacuzie sau dacă nu are zgomote în cap sau în urechi.
B. Se determină apariția nistagmusului.
C. Probele rotative (scaunul Barany).
D. Proba calorică.
E. Proba galvanică.

27. Lezarea aparatului vestibular, a labirintului, a părții vestibulare a nervului VIII sau a nucleului său conduce la apariția:
A. Vertijului.
B. Depresiei.
C. Nistagmusului.
D. Răului de mare.
E. Dereglărilor de echilibru și coordonare a mișcărilor.

28. Diagnosticul diferențial în lezarea formațiunilor vestibulare se bazează pe următoarele:
A. Vertijul devine foarte intensiv în cazul labirintitei.
B. Devierea corpului în poziția Romberg apare numai cu ochii deschiși.
C. Ataxia, care are un caracter generalizat și nu e limitată numai de unele extremități, nu e însoțită de tremor intenționat, ca în cazul afectării cerebeloase.
D. Nistagmusul, care poate fi orizontal și rotativ, dar nicidecum vertical.
E. Simptomele caracteristice lezării aparatului vestibular, de regulă, sunt însoțite de dereglări ale aparatului auditiv (zgomot în urechi, diminuarea acuității auditive).

29. Nervul glosofaringian (perechea a IX-a) conține următoarele feluri de fibre:
A. Senzoriale.
B. Senzitive.
C. Motorii.
D. Gustative.
E. Secretoare.

30. Excitarea fibrelor vegetative (parasimpatice) ale nervului vag provoacă:
A. Activizarea peristaltismului intestinal.
B. Constricția bronhiilor.
C. Dilatarea vaselor sanguine.
D. Constricția pupilei.
E. Bradicardie.

31. Indicați structurile prin care trec axonii neuronilor centrali ai nervului accesor:
A. Brațul anterior al capsulei interne.
B. Brațul posterior al capsulei interne.
C. Genunchiul capsulei interne.

D. Pedunculul cerebral.
E. Protuberanța.

32. Indicați mușchii inervați de nervul accesor (perechea a XI-a):
A. Mușchii coardei vocale.
B. Mușchii vălului palatin și constrictori ai faringelui.
C. Mușchiul sternocleidomastoidian.
D. Mușchii stilogloși.
E. Mușchiul trapezoid.

33. Selectați manifestările clinice care apar atunci când este lezat nervul accesor:
A. E dereglată mișcarea de ridicare a umerilor.
B. E limitată întoarcerea activă a capului.
C. Hipotrofia mușchiului pectoral mare.
D. Hipotrofia mușchiului trapezoid.
E. Reflexul spinal (Behterew) este abolit sau diminuat.

34. Metoda de examinare a nervului hipoglos cuprinde:
A. Bolnavului i se propune să deschidă gura.
B. Se determină poziția limbii în cavitatea bucală.
C. Se determină troficitatea vălului palatin.
D. Se determină troficitatea limbii.
E. Bolnavul este rugat să scoată limba din cavitatea bucală.

35. Indicați simptomele clinice de lezare a nervului hipoglos:
A. Capul bolnavului este întors spre partea lezată.
B. Se observă o atrofie a hemilimbii.
C. Mucoasa hemilimbii este zbârcită.
D. Se atestă fibrilații musculare ale limbii.
E. Anartrie.

36. Indicați nervii cranieni, lezarea concomitentă a nucleilor și rădăcinilor cărora provoacă apariția sindromului bulbar:
A. VIII (nervul acustico-vestibular).
B. IX (nervul glosofaringian).
C. X (nervul vag).
D. XI (nervul accesor).
E. XII (nervul hipoglos).

37. Numiți reflexele patologice ale automatismului oral:
A. Reflexul nazolabial.
B. Reflexul de trompă.
C. Reflexul Marinescu-Radovici.
D. Reflexul de sugere.
E. Reflexul Iakobson-Laska.

38. Sindromul pseudobulbar poate apărea drept consecință a unei maladii:
A. Vasculare.
B. Inflamatoare.
C. Tumorale cerebrale.
D. Toxice.
E. Funcțional-isterice.

39. În funcție de localizarea focarului de leziune, sindroamele alterne pot fi clasificate în:
   A. Diencefalice.
   B. Hipotalamice.
   C. Pedunculare.
   D. Protuberanțiene.
   E. Bulbare.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

a. Nervul olfactiv.
b. Nervul optic.

1. *Fila olfactoria.*
2. „Cornuri" și „bastonașe".
3. *Bulbus olfactorius.*
4. Substanța perforată anterioară.
5. *Chiasma nervorum opticorum.*
6. *Septum pellucidum.*
7. *Uncus.*
8. *Pulvinar thalami.*
9. Fasciculul Gratiolet.
10. Scizura calcarină.

2. Asociați ramurile nervului trigemen cu zonele pentru care asigură sensibilitatea:

a. Ramura I (n. oftalmic).
b. Ramura a II-a (n. maxilar).
c. Ramura a III-a (n. mandibular).

1. Partea inferioară a feței.
2. Tegumentele regiunii temporale și zigomatice.
3. Fruntea.
4. $^2/_3$ anterioare ale aponevrozei.
5. Mucoasa cavității osului sfenoid.
6. Bărbia.
7. Buza inferioară.
8. Palpebra superioară.
9. Nasul.
10. Mucoasa faringelui.
11. Mucoasa vălului palatin.
12. Urechea externă.
13. Partea externă a timpanului.
14. Mucoasa fundului gurii.
15. Unghiul intern al ochiului.
16. Mucoasa porțiunii superioare a cavității nazale.
17. Mucoasa amigdalelor.
18. Mucoasa buzei superioare.
19. Mucoasa limbii.
20. Partea posterioară și cea inferioară ale obrazului.
21. Conjunctiva lacrimală.
22. Dinții superiori.
23. Dinții inferiori.
24. Tentoriul cerebelar.
25. Osul frontal.

3. Asociați nervul cu mușchii pe care îi inervează:

Nervul:
- a. Trigemen.
- b. Facial.

Mușchiul:
1. *Masseteris.*
2. *Temporalis.*
3. *Pterygoidei medialis.*
4. *Pterygoidei lateralis.*
5. *Mylohyoideus.*
6. *Platysma.*
7. *Mentalis.*
8. *Zygomaticus major.*
9. *Buccinator.*
10. *Orbicularis oculi.*
11. *Venter frontalis m. epicranius.*

4. Asociați manifestările clinice cu leziunea nervului cranian:

Nervul:
- a. Vestibulocohlear.
- b. Glosofaringian și vag.

Manifestările clinice în caz de lezare:
1. Surditate.
2. Afonie.
3. Halucinații auditive.
4. Dereglarea deglutiției pentru lichide.
5. Vertij.
6. Dereglări de echilibru.
7. Vorbire nazonată.
8. Bradicardie.
9. Nistagmus.
10. Asfixie.

5. Asociați sindroamele alterne în funcție de localizarea focarului de leziune.

Focarul de leziune:
- a. Peduncul.
- b. Protuberanță.
- c. Bulb.

Sindromul altern:
1. Schmidt.
2. Weber.
3. Benedikt.
4. Rimon-Sestan.
5. Millard-Gubler.
6. Türc.
7. Zahartshenko-Wallenberg.
8. Avellis.
9. Foville.
10. Jackson.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Principiul de organizare a sistemului senzitiv al nervilor cranieni este analogic celui de sensibilitate comună a aparatului segmentar; adică, e alcătuit dintr-un lanț din doi neuroni (corpul celular al primului e aşezat în porțiunea inferioară a circumvoluțiunii precentrale din partea opusă, al celui de-al doilea – în trunchiul cerebral).

2. Sistemul nervilor motorii cranieni face parte din tractul piramidal cortico-muscular şi e alcătuit dintr-un lanț de trei neuroni (corpul celular al primului e situat în ganglionul periferic, al celui de-al doilea – în nucleul din trunchiul cerebral şi al celui de-al treilea – în talamusul optic).

3. Pentru clinică este importantă diminuarea sau pierderea unilaterală a mirosului, fiindcă acelaşi simptom bilateral survine, adesea, în urma unei rinite acute sau cronice.

4. Până la intersecție, fibrele optice poartă denumirea de nerv optic, iar după intersecție – de bandeletă optică.

5. Dacă se afectează o jumătate a punții Varolio, atunci globii oculari sunt deplasați în partea opusă focarului („bolnavul îşi priveşte hemiplegia").

6. În nucleul tractului spinal al nervului trigemen sensibilitatea are o reprezentativă somatotopică. Datorită acestui fapt, manifestările clinice de dereglare a sensibilității poartă, în cazul afectării nucleare, un caracter segmentar (zonele Zelder).

7. Deoarece nucleii motorii ai nervilor trigemeni nu au o legătură bilaterală cu cortexul cerebral, lezarea unilaterală a căilor cortico-nucleare provoacă manifestări clinice pe partea omolaterală.

8. Este important să se stabilească diagnosticul diferențial dintre paralizia centrală şi cea periferică ale muşchilor limbii. Paralizia centrală apare la lezarea căilor cortico-nucleare.

9. În cazul unei leziuni unilaterale a căilor supranucleare nu vor apărea manifestări clinice de dereglare a funcțiilor nervilor glosofaringian şi vag, fiindcă nucleii acestor nervi au o legătură bilaterală cu cortexul cerebral.

## RĂSPUNSURI

### I.

1. A, p. 69.
2. E, p. 69.
3. C, p. 69.
4. D, p. 69.
5. B, p. 69.
6. A, p. 69.
7. A, p. 70.
8. E, p. 71.
9. C, p. 71.
10. C, p. 71.
11. E, p. 71.
12. B, p. 71.
13. B, p. 73.
14. B, p. 73.
15. E, p. 73.
16. A, p. 73–74.
17. C, p. 75.
18. B, p. 75.
19. D, p. 76.
20. E, p. 76.
21. C, p. 76.
22. A, p. 76.
23. B, p. 77.
24. D, p. 77.
25. A, p. 77.
26. E, p. 77.
27. A, p. 78.
28. D, p. 79.
29. B, p. 79.
30. E, p. 80.
31. C, p. 82.
32. A, p. 82.
33. D, p. 82.
34. A, p. 82.
35. B, p. 82.
36. A, p. 84.
37. C, p. 85.
38. B, p. 87.
39. B, p. 88.
40. E, p. 88.
41. A, p. 89.
42. E, p. 92.
43. D, p. 92.
44. C, p. 93.
45. C, p. 95.
46. B, p. 95.
47. A, p. 96.
48. C, p. 97.
49. C, p.99.

### II.

1. A, B, E, p. 68.
2. B, C, D, E, p. 68.
3. A, B, C, D, p. 68.
4. B, C, D, p. 69.
5. A, B, C, p. 70.
6. A, B, C, D, p. 71.
7. A, B, C, E, p. 72.
8. B, C, E, p. 73.
9. A, B, p. 73.
10. D, E, p. 76.
11. A, C, D, E, p. 76.
12. B, C, D, E, p. 76.
13. A, B, C, D, p. 77.
14. B, C, D, E, p. 77–79.
15. B, C, D, p. 79.
16. B, D, E, p. 81.
17. B, C, D, p. 82.
18. B, C, D, E, p. 85.
19. A, B, C, D, p. 85.
20. C, D, E, p. 86.
21. C, D, p. 89.
22. A, C, D, E, p. 89.
23. A, B, C, p. 89.
24. B, C, D, E, p. 89.
25. A, B, C, D, p. 89.
26. B, C, D, E, p. 89.
27. A, C, E, p. 90.
28. A, C, D, E, p. 91.
29. B, C, D, E, p. 91.
30. A, B, C, E, p. 93.
31. C, D, E, p. 95.
32. C, E, p. 95.
33. A, B, D, E, p. 95.
34. A, B, D, E, p. 96.
35. B, C, D, E, p. 96–97.
36. B, C, E, p. 97.
37. A, B, C, D, p. 97.
38. A, B, C, D, p. 98.
39. C, D, E, p. 98.

### III.

1.
a. 1, 3, 4, 6, 7, p. 69–70.
b. 2, 5, 8, 9, 10, p. 71.

2.
a. 3, 4, 8, 15, 16, 21, 24, 25.
b. 2, 5, 9, 10, 11, 17, 18, 22.
c. 1, 6, 7, 12, 13, 14, 19, 20, 23, p.81.

3.
a. 1, 2, 3, 4, 5, p. 81.
b. 6, 7, 8, 9, 10, 11, p. 83.

4.
a. 1, 3, 5, 6, 9, p. 89, p. 90.
b. 2, 4, 7, 8, 10, p. 94–95.

5.
a. 2, 3, 6.
b. 4, 5, 9.
c. 1, 7, 8, 10, p. 98–99.

### IV.

1. C, p. 68–69.
2. C, p. 68–69.
3. B, p. 70–71.
4. B, p. 71.
5. A, p. 77.
6. A, p. 80.
7. E, p. 82.
8. B, p. 97.
9. A, p. 97.

## 6. SISTEMUL NERVOS VEGETATIV

### I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Sistemul nervos vegetativ mai poartă denumirea şi de:
   A. Sistem nervos autonom.
   B. Sistem extrapiramidal.
   C. Sistem nervos somatic.
   D. Sistem nervos animalic.
   E. Sistem nervos involuntar.

2. Sistemul simpatic are originea în măduva spinării, între segmentele:
   A. $C_2$–$Th_{12}$.
   B. $C_6$–$L_4$.
   C. $C_8$–$L_2$.
   D. $C_4$–$S_2$.
   E. $C_5$–$S_4$.

3. În coarnele laterale ale măduvei spinării, la nivelul $C_8$–$Th_3$, se află centrul spinal simpatic:
   A. Vaso-pilomotor şi sudoral.
   B. Pupilodilatator.
   C. Cardioaccelerator.
   D. Intestinoinhibitor.
   E. Vezicoinhibitor.

4. Ganglionul stelat este:
   A. O formaţiune care ia naştere din unirea ganglionului simpatic cervical inferior cu primul ganglion toracic (alteori, chiar şi cu cel de-al doilea).
   B. Ganglionul simpatic cervical superior.
   C. Ganglionul simpatic cervical mijlociu.
   D. Ganglionul simpatic cervical inferior.
   E. O formaţiune care apare din unirea primului şi celui de-al doilea ganglioni simpatici toracici.

5. Indicaţi numărul ganglionilor existenţi pe traiectul fibrelor provenite din lanţul simpatic toracic:
   A. 5–6.
   B. 7–8.
   C. 9–10.
   D. 10–12.
   E. 15–20.

6. Specific pentru sistemul parasimpatic este:
   A. Organizarea neuronală cu totul diferită de cea a sistemului simpatic.
   B. Implicarea ganglionilor în organizarea efectorie vegetativă.
   C. Inervaţia dublă a unui teritoriu.
   D. Distribuţia complexă la periferie.
   E. Lipsa dispozitivului extranevraxial separat.

7. Nucleul pupiloconstrictor Edinger-Westphal sau fotomotor este situat în:
   A. Mezencefal, alături de nucleul nervului oculomotor (III).
   B. Punte, alături de nucleul nervului facial (VII) şi de al celui intermediar Wrisberg (nucleul solitar, partea superioară).
   C. Bulb, alături de nucleul senzitivo-senzorial al nervului glosofaringian (IX), (nucleul solitar, partea medie).
   D. Planşeul ventriculului IV (nucleul dorsal al nervului vag).
   E. Lobul occipital al scoarţei cerebrale.

8. Glanda parotidă este inervată din:
   A. Nucleul lacrimomuconazal (din punte).
   B. Nucleul salivar superior (din punte).
   C. Nucleul salivar inferior (din bulb).
   D. Nucleul dorsal al nervului vag (din bulb).
   E. Nucleul Edinger-Westphal (din mezencefal).

9. Păstrarea integrităţii nucleului Onufrowicz (nucleul Onuf) în scleroza laterală amiotrofică:
   A. Se explică prin faptul că el face parte din cadrul sistemului nervos simpatic.
   B. Este datorată autonomiei funcţionale depline a lui.
   C. Se datorează vascularizăii separate a lui din ramura arterei radiculare suplimentare inferioare (Desprogress-Gotterone).
   D. Se explică prin faptul că el, deşi inervează doi muşchi striaţi (sfincterul vezical extern şi sfincterul anal), este de origine vegetativă parasimpatică.
   E. N-a fost niciodată explicată.

10. Plexul solar inervează:
   A. Miocardul.
   B. Bronhiile.
   C. Vasele pulmonare.
   D. Viscerele abdominale.
   E. Viscerele pelvine.

11. Plexul hipogastric este situat:
   A. La originea vaselor mari ale inimii.
   B. În pedunculul pulmonar.
   C. Înaintea aortei abdominale.
   D. În bazin.
   E. Sub mucoasa stomacului.

12. Segmentul vegetativ de percepţie se află:
   A. În ganglionii spinali şi ganglionii de pe fibrele senzitive ale nervilor cranieni.
   B. În cornul posterior al măduvei spinării.
   C. În nucleii senzitivi ai nervilor cranieni.
   D. În nucleul ventral posterior al talamusului.
   E. . Pe cortexul senzitiv parietal.

13. Mediaţiei colinergice în talamus şi în nucleul caudat îi revine:
   A. 80%.
   B. 75%.
   C. 35%.

D. 30%.
E. 20%.

14. Mediația adrenergică predomină la nivelul:
    A. Hipotalamusului.
    B. Formațiunii reticulate mezencefalo-diencefalice.
    C. Cortexului cerebral.
    D. Circuitelor sistemului limbic.
    E. Cerebelului.

15. Integrarea vegetativă propriu-zisă se realizează prin:
    A. Sistemul limbic.
    B. Hipotalamus.
    C. Antagonismul simpatico-parasimpatic interstimulant.
    D. Interdigitația sistemului somato-vegetativ.
    E. Prezența centrilor vegetativi în vecinătatea ariilor somatice şi asociative corticale.

16. Cea mai reuşită denumire a structurilor telencefalice filogenetice antice, distribuite în jurul trunchiului cerebral, descrise de către savantul P. Broca (1870), este:
    A. Lob limbic major.
    B. Creier olfactiv.
    C. Creier visceral.
    D. Sistem limbic.
    E. Structuri vegetative suprasegmentare.

17. Cea mai antică formațiune cerebrală se numeşte:
    A. Neocortex.
    B. Mezocortex.
    C. Alocortex.
    D. Paraalocortex.
    E. Paleocortex.

18. Semnul întrebării din figură semnifică:
    ?
    A. Circumvoluțiunea parahipocampală.
    B. Circumvoluțiunea cingulară.
    C. Hipocampul.
    D. Lobul temporal.
    E. Amigdala.

19. Centrul superior de integrare vegetativă este:
    A. Glanda pituitară.
    B. Cortexul cerebral.
    C. Hipotalamusul.
    D. Sistemul limbic.
    E. Formațiunea reticulată.

20. Centrii dipsogeni ai ingestiei de apă sunt situaţi în:
   A. Hipotalamusul anterior.
   B. Hipotalamusul posterior.
   C. Hipotalamusul lateral.
   D. Hipotalamusul median.
   E. La nivelul structurilor neurovasculare hipotalamice în pereţii ventriculului III.

21. Indicaţi nucleul hipotalamusului care provoacă hipersecreţia hormonului antidiuretic:
   A. Dorsomedial.
   B. Ventromedial.
   C. Tuberal lateral
   D. Arcuat.
   E. Supraoptic.

22. Indicaţi structura din trunchiul cerebral, existenţa căreia, actualmente, a fost stabilită doar la animale:
   A. Nucleul roşu.
   B. Olivele.
   C. Substanţa neagră.
   D. Formaţiunea reticulată.
   E. Nucleul tractusului solitar.

23. Un rol semnificativ în asigurarea unei activităţi de corelaţie între structurile-ansambluri ale sistemului nervos vegetativ se atribuie:
   A. Fasciculului medial al creierului anterior.
   B. Vaselor portale scurte.
   C. Arterei hipofizare superioare.
   D. Pedunculului pituitar.
   E. Neurohipofizei.

24. Unitatea centrală a reglajului vegetativ suprasegmentar este:
   A. Cortexul nou.
   B. Cortexul superior.
   C. Complexul limbic reticulat.
   D. Hipotalamusul.
   E. Sistemul nervos central.

25. Sinteza catecolaminelor (noradrenalina şi adrenalina) începe în:
   A. Celulele efectoare ale organismului.
   B. Ţesutul conjunctiv.
   C. Butonii terminali.
   D. Plasma axonului fibrelor adrenergice.
   E. Veziculele varicozităţilor nervoase.

26. În sânge, adrenalina şi noradrenalina sunt extrem de active:
   A. 1–3 secunde.
   B. 5–9 secunde.
   C. 10–30 secunde.
   D. 1–3 minute.
   E. 5–10 minute.

27. Indicați efectul acțiunii adrenalinei asupra cordului:
   A. Crește puternic activitatea cardiacă.
   B. Provoacă o vasoconstricție a vaselor coronariene.
   C. Provoacă o vasodilatare a vaselor coronariene.
   D. Scade activitatea cardiacă.
   E. Mărește forța de contracție a cordului fără tahicardie.

28. Hormonul principal al medulosuprarenalei este:
   A. Serotonina.
   B. Metenkefalina.
   C. Dopamina.
   D. Noradrenalina.
   E. Adrenalina.

29. Care neurotransmițător, în condiții patologice, determină apariția maladiei Parkinson?
   A. Acetilcolina.
   B. Noradrenalina.
   C. Dopamina.
   D. Adrenalina.
   E. Acidul glutamic.

30. Unul dintre ultimii candidați la rolul de mediator chimic al influxului nervos este:
   A. Acidul γ-aminobutiric (GABA).
   B. Monoxidul de azot (NO).
   C. Glicina.
   D. Substanța P.
   E. Peptidele opioide.

31. Alegeți afirmația corectă privind fenomenul de iradiere, propriu simpatalgiilor:
   A. Din sediul său inițial, durerea iradiază într-o zonă Head: teritoriul cutanat corespunzător rădăcinilor rahidiene posterioare de care depinde inervația senzitivă a viscerului afectat.
   B. Constă din senzații subiective anormale, pe care bolnavul le descrie drept furnicături, amorțeli, înțepături, senzații de cârcel, de constricție, de căldură sau răceală etc.
   C. Se determină în zona receptorilor excitați. Uneori se identifică în zona de proiecție, situată dorsal de sediul durerii, se resimte la o depărtare considerabilă de punctul iritat, iradiind din zona teritoriului nervului afectat în zonele altor ramificații sau în zona altor nervi periferici.
   D. Durere cu caracter special, spontană, însoțită de hiperpatie; se intensifică la orice excitație în jumătatea corpului opusă leziunii.
   E. Dureri difuze vegetative, fără a le cunoaște cauza.

32. Inervația senzitivă radiculară a apendicelui este asigurată la nivelul:
   A. $T_1$–$T_8$.
   B. $T_7$–$T_9$.
   C. $T_7$–$T_{10}$.
   D. $T_{12}$–$L_1$.
   E. $T_{10}$–$L_1$.

33. Examenul electromiografic în cadrul testării excitabilității neuromusculare (explorarea sistemului nervos vegetativ) denotă următoarele:
   A. Potențiale de fasciculații și fibrilații.
   B. Unde pozitive ascuțite.
   C. Descărcări miotonice.
   D. Silențium.
   E. Dublete, triplete, multiplete.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Lanțul simpatic cervical furnizează:
   A. Ramuri cenușii vasculare pentru plexurile carotidiene (intern și extern), vertebrale și subclaviculare, prin intermediul cărora se inervează vasele cervico-cefalice, globii oculari, glandele sudoripare, salivare, lacrimale, tiroida și paratiroidele.
   B. Ramuri cenușii splanhnice spre inimă, plămâni, esofag, laringe, faringe.
   C. Ramuri cenușii comunicante nervilor cervicali ce inervează membrele superioare, gâtul, capul.
   D. Ramuri vasculare și splanhnice spre bronhii, canalul toracic, esofag, aortă, venele azygos.
   E. Ramuri comunicante cenușii care, împreună cu nervii intercostali, inervează pereții toracelui și partea antero-laterală a abdomenului.

2. Ramurile splanhnice ale trunchiului simpatic lombosacrat realizează funcția de:
   A. Formare a plexurilor periaortice, din care provin plexurile periarteriale la picioare și plexurile iliace.
   B. Formare a nervilor hipogastrici.
   C. Participare la constituirea plexului hipogastric.
   D. Inervare a organelor perineopelvine.
   E. Inervare, în comun cu nervii lombari și sacrați, a membrelor inferioare și a peretelui posterior al abdomenului.

3. Neuronii postganglionari ai sistemului parasimpatic formează axoni amielinici ce pornesc din ganglionii previscerali de pe traiectul nervilor cranieni și din plexurile vegetative și se repartizează în:
   A. Globii oculari.
   B. Glandele lacrimale.
   C. Glandele salivare.
   D. Glandele mucoase ale faringelui.
   E. Mușchii striați.

4. Sistemul parasimpatic nu formează:
   A. Ramuri vasculare.
   B. Plexuri vegetative, care asigură o inervație dublă a unui teritoriu.
   C. Ramuri comunicante albe.
   D. Ramuri comunicante cenușii.
   E. Ramuri splanhnice.

5. Dispozitivul extranevraxial al sistemului parasimpatic cranian este constituit din:
   A. Partea parasimpatică a nervului oculomotor (III).
   B. Partea parasimpatică a nervului facial (VII).
   C. Axonii parasimpatici din componența nervilor glosofaringian (IX), pietros mic.
   D. Axonii preganglionari din componența nervului vag (X).
   E. Partea parasimpatică a nervului hipoglos (XII).

6. Dispozitivul intranevraxial al sistemului parasimpatic sacrat este constituit din:
   A. Zona activatoare a centrului ano-spinal.
   B. Zona activatoare a centrului vezico-spinal.
   C. Zona de erecție a centrului genito-spinal.
   D. Zona activatoare a glandelor tubului digestiv.
   E. Zona activatoare a mușchilor netezi.

7. Selectați afirmațiile corecte referitoare la dispozitivul extranevraxial al sistemului parasimpatic sacrat:
   A. Este reprezentat de nervii erectori Eckard sau nervii pelvini (nervi erigentes).
   B. Formează, împreună cu sistemul simpatic lombosacrat, plexul hipogastric.
   C. Fibrele preganglionare se termină în ganglionii hipogastrici situați pe traiectul nervilor, aproape de viscere.
   D. Axonul postganglionar scurt inervează vezica urinară, jumătatea inferioară a colonului, alte organe pelvine, contribuind la actul de erecție și la deșertarea acestor organe.
   E. Trimite fibre preganglionare părții medulare a glandei suprarenale.

8. Cele mai importante plexuri vegetative sunt:
   A. Brahial.
   B. Cardiac.
   C. Pulmonar.
   D. Solar.
   E. Hipogastric.

9. Sistemul aferent vegetativ este constituit din:
   A. Neuronul de tip alfa din coarnele medulare anterioare.
   B. Segmentul de recepție.
   C. Segmentul de conducere.
   D. Segmentul de percepție.
   E. Teritoriul somatic, format din terminații nervoase libere.

10. Informația chemo- și presoreceptorie din zonele vasculo-reflexogene se transmite prin nervii senzitiv independenți:
    A. Nervul sinocarotidian Hering (provenit din nervul glosofaringian).
    B. Nervul depresor Cyon-Ludwig (al nervului vag).
    C. Nervul erector Eckard.
    D. Nervul intermediar Wrisberg (perechea a VII-a).
    E. Nervul perineal.

11. Funcțiile vegetative superioare sunt determinate de următorii centri vegetativi superiori:
    A. Nucleii Goll și Burdach.
    B. Formațiunea reticulată.
    C. Hipotalamus.

D. Cortexul cerebral.
E. Sistemul limbic.

12. Alegeți din funcțiile sistemului nervos vegetativ, enumerate mai jos, activitățile de integrare simpatico-parasimpatică și somatică:
A. Constricția pupilei.
B. Respirația.
C. Relaxarea mușchiului neted.
D. Termoreglarea.
E. Circulația.

13. Structurile cerebro-spinale au capacitatea de a integra și prelucra informația primită prin intermediul:
A. Analizorului olfactiv.
B. Nervului optic.
C. Nervului vestibulocohlear.
D. Sensibilității specifice talamo-corticale.
E. Aferențelor nespecifice ale formațiunii reticulate prin procese enzimo-chimice încă insuficient cunoscute.

14. După Cier și Hermann (1970), centrii nervoși vegetativi sunt de următoarele tipuri:
A. De comandă.
B. De integrare.
C. De coordonare.
D. De modulare.
E. De amplificare.

15. Centrii nervoși vegetativi de comandă sunt localizați în:
A. Măduva spinării.
B. Bulbul rahidian.
C. Mezencefal.
D. Formațiunea reticulată.
E. Talamus.

16. În centrul verigii sistemului limbic se află:
A. Hipocampul.
B. Circumvoluțiunea piriformă.
C. Complexul amigdalian.
D. Cortexul piriform.
E. Bulbul olfactiv.

17. Regiunea limbică posterioară constă din:
A. Bulbul olfactiv.
B. Tractul olfactiv.
C. Tuberculul olfactiv.
D. Șanțul cingular.
E. Hipocamp.

18. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la aspectele anatomice ale hipotalamusului:
A. Este situat pe convexul creierului.
B. Este situat în rombul optopeduncular.
C. Este situat sub ventriculul III.

D. Formează partea ventrală a mezencefalului.
E. Aparţine diencefalului.

19. Se propune divizarea hipotalamusului în următoarele arii:
A. Anterioară.
B. Mediomedială.
C. Mediolaterală.
D. Posterioară.
E. Bazală.

20. Sursă de aferentare a hipotalamusului este:
A. Fasciculul longitudinal posterior.
B. Fasciculul tectomamilar (Gudden).
C. Sistemul limbic al creierului anterior.
D. Formaţiunea reticulată.
E. Fasciculul mamilotalamic.

21. Indicaţi nucleii hipotalamici specifici, proiectaţi pe hipofiză, cu capacităţi neurocrinice:
A. Supraoptic.
B. Paraventricular.
C. Microcelular al tuberculului cenuşiu.
D. Arcuat.
E. Dorsomedial.

22. Indicaţi fenomenele ce au loc la iritarea hipotalamusului posterior:
A. Tahicardie.
B. Hipertensiune arterială.
C. Midriază.
D. Hipoglicemie.
E. Reacţii de agresivitate.

23. Funcţiile particulare integrative ale formaţiunii reticulate au fost subdivizate în modul următor (K. Lissak, 1960):
A. Controlul stărilor de somn-veghe.
B. Controlul muscular fazic şi tonic.
C. Descifrarea semnalelor informaţionale ale mediului ambiant prin metoda modificării şi conducerii impulsurilor venite pe diverse căi.
D. Coordonarea anatomo-fiziologică a celor mai variate procese, începând cu funcţiile vitale de bază ale organismului şi sfârşind cu manifestările comportamentale din timpul reacţiilor de adaptare la mediu.
E. Integrarea activităţilor somato-vegetative şi endocrine.

24. Calea reticulospinală a formaţiunii reticulate are următoarele funcţii:
A. Participă la reglarea somnului şi veghii.
B. Are influenţe inhibitoare asupra aparatului segmentar spinal.
C. Reglează activitatea sistemelor cardiovascular şi respirator.
D. Gestionează activitatea bioelectrică sumară a encefalului.
E. Asigură inervaţia segmentară a extremităţii cefalice.

25. Indicaţi ce se întâmplă în cazul scăderii presiunii sanguine:
A. Se produc fenomene predominant parasimpatice.

B. Tahicardie.
C. Vasodilatație.
D. Crește debitul cardiac.
E. Crește rezistența periferică.

26. Care structuri pot fi considerate ansambluri (formațiuni) separate ale sistemului funcțional cerebral, ce asigură integritatea funcțională a organismului?
A. Structurile rinencefalice.
B. Septul pellucidum.
C. Cerebelul.
D. Hipotalamusul.
E. Formațiunea reticulată.

27. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la cortexul vegetativ:
A. Cortexul frontal și rinencefalul, în condiții experimentale de stimulare (nu de distrucție), și-au confirmat rolul în reglarea vegetativă.
B. Există o specificitate strictă a efectelor stimulatorii din diferite zone corticale vegetative.
C. Influența vegetativă se realizează prin numeroase fibre ce intră în componența căilor piramidale și extrapiramidale.
D. Cortexul vegetativ produce răspunsuri vegetative și comportamentale foarte variate, implicând conexiuni în dublu sens cu hipotalamusul.
E. Ca și anatomia, fiziologia sistemului nervos vegetativ posedă o serie de particularități, care determină nu doar „viața organică și animală" a individului, ci chiar și existența lui în anumite condiții patologice.

28. Particularitățile de diferențiere a complexului limbic reticulat de aparatul segmentar sunt următoarele:
A. Motoneuronii efectori nu sunt proiectați direct pe mușchiul scheletic.
B. Motoneuronii efectori sunt localizați în ganglioni în afara sistemului nervos central și sunt controlați de neuronii centrali preganglionari.
C. Excitarea acestor structuri nu provoacă reacții vegetative specifice, ci devieri combinate (psiho-somatice-vegetative).
D. Extirparea lor nu provoacă dereglări ordonate, cu excepția afectării centrilor specializați.
E. Lipsesc particularitățile anatomo-fiziologice specifice, caracteristice aparatului segmentar vegetativ.

29. După secreția din axoplasma terminațiilor nervoase, noradrenalina se repartizează în următoarele moduri:
A. Se fixează pe suprafața externă a membranelor citoplasmatice.
B. Se fixează pe suprafața internă a membranelor citoplasmatice.
C. 50–80% din cantitatea totală este difuzată în țesuturi, restul – recaptată de terminațiile adrenergice.
D. Noradrenalina este difuzată în țesutul ambiant, apoi în sânge.
E. O cantitate foarte mică este distribuită de enzimele MAO (monoaminotransferaza) și COMT (catecol-0-metiltransferaza).

30. Acetilcolina, în calitate de neuromediator, se eliberează din:
A. Butonii terminali ai fibrelor motorii somatice.
B. Fibrele preganglionare simpatice.

C. Fibrele preganglionare parasimpatice.
D. Neuronii colinergici ai nucleilor bazali, ai sistemului limbic şi neocortexului.
E. Granulele cromafine ale medulosuprarenalei.

31. În cea mai mare parte, dopamina se află la nivel central în:
A. Nucleii bazali.
B. Căile nigro-bazale.
C. Căile mezencefalo-limbice.
D. Nucleii cerebelului.
E. Nucleii nervilor cranieni din trunchiul cerebral.

32. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la dopamină:
A. Sinteza şi eliberarea ei implică sistemul tubero-infundibular.
B. Este un precursor al noradrenalinei.
C. Este un mediator chimic central şi al unor fibre simpatice periferice.
D. Lipseşte totalmente în plămâni, intestine, rinichi, corpusculii carotidieni, splină.
E. La nivelul aparatului cardiovascular se comportă ca un agonist de tip $\beta_1$-adrenergic.

33. Simpatalgiile au câteva proprietăţi specifice doar lor:
A. Viscerele nu sunt sensibile la înţepături, atingeri extrinseci.
B. Viscerele răspund prin durere numai la spasm, distensie, iritaţie mucoasă; deci au stimulii lor algogeni.
C. Apar în cadrul leziunilor tisulare, care excită receptorii de durere şi fibrele somatice.
D. Nu sunt sensibile la morfină şi la alte preparate opiacee în doze terapeutice obişnuite.
E. Deşi au sediu, iradiază.

34. În funcţie de natura excitantului şi de localizare, receptorii se clasifică în:
A. Comuni.
B. Specializaţi.
C. Exteroreceptori.
D. Proprioreceptori.
E. Interoreceptori.

35. Indicaţi testele de explorare a excitabilităţii neuromusculare în cadrul examenului sistemului nervos vegetativ:
A. Semnul Chvostek.
B. Semnul Trousseau.
C. Manevra Trousseau-Bonsdorff.
D. Explorarea electromiografică.
E. Explorarea electroencefalografică.

36. Hiperventilaţia voluntară cu durata de 3 minute poate provoca anumite simptome ce se întâlnesc în timpul crizelor vegetative, şi anume:
A. Pierderea cunoştinţei cu durata de câteva secunde.
B. Ptoză palpebrală superioară bilaterală.
C. Palpitaţii cardiace.
D. Dispnee.
E. Anxietate.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați proprietățile fiecărui sistem:
   a. Sistemul nervos vegetativ.
   b. Sistemul nervos somatic.

   1. Inervează miocardul.
   2. Inervează glandele salivare.
   3. Inervează muşchii scheletici.
   4. Inervează muşchii netezi.
   5. Asigură două teritorii de inervație: visceral şi nevisceral.
   6. Asigură un singur teritoriu.
   7. Formează în ansamblu „viața organică".
   8. Formează aşa-numita „viață animală".

2. Asociați cifrele cu literele:
   a. Sistemul simpatic.
   b. Sistemul parasimpatic.

   1. Conține extranevraxial *ganglioni laterovertebrali incluşi în lanțurile ganglionare paravertebrale*.
   2. Are ganglioni *previscerali*.
   3. Centrii de origine se află în coarnele medulare laterale $C_8$–$L_2$.
   4. Centrii de origine se află în trunchiul cerebral şi porțiunea intermedie a măduvei sacrate.
   5. Dispozitivul de repartiție periferică este independent şi are trei segmente.
   6. Dispozitivul extranevraxial nu este independent şi foloseşte căi de împrumut.

3. Clasificați structurile limbice:
   a. După principiul anatomic.
   b. După principiul anatomo-funcțional.

   1. Regiunea bazală.
   2. Regiunea oromediobazală.
   3. Regiunea limbică.
   4. Regiunea posterioară.

4. Asociați structurile limbice cu componentele lor anatomice şi funcționale:
   a. Regiunea oromediobazală.
   b. Regiunea posterioară.

   1. Şanțul cingular.
   2. Hipocampul.
   3. Participă în organizarea comportamentală complexă.
   4. Reglează funcțiile vegeto-viscerale.
   5. Participă în procesele mnestice.
   6. Reglează actele comportamentale de alimentație.
   7. Reglează funcțiile sexuale.
   8. Reglează funcțiile sferei emoționale.

5. Asociaţi ariile hipotalamusului cu părţile lor componente:

| Ariile: | Părţile componente: |
|---|---|
| a. Anterioară. | 1. Regiunea preoptică medială. |
| b. Medio-medială. | 2. Regiunea preoptică laterală. |
| c. Medio-laterală. | 3. Nucleul suprahiasmatic. |
| d. Posterioară. | 4. Nucleul supraoptic. |
| | 5. Nucleul paraventricular. |
| | 6. Câmpul hipotalamic anterior. |
| | 7. Nucleul ventromedial. |
| | 8. Nucleul dorsomedial. |
| | 9. Infundibulul. |
| | 10. Câmpul hipotalamic posterior. |
| | 11. Nucleul lateral hipotalamic. |
| | 12. Nucleul tubero-lateral. |
| | 13. Nucleul tubero-mamilar. |
| | 14. Nucleul perifornical. |
| | 15. Câmpul hipotalamic lateral. |
| | 16. Nucleul mamilar medial. |
| | 17. Nucleul mamilar lateral. |

6. Asociaţi căile de comunicaţie aferente şi eferente ale hipotalamusului:

| | |
|---|---|
| a. Aferente. | 1. Fasciculul medial al creierului anterior. |
| b. Eferente. | 2. Fasciculul longitudinal posterior. |
| | 3. Stria terminalis. |
| | 4. Fasciculul tectomamilar (Gudden). |
| | 5. Căile talamo- şi strio-palidare. |
| | 6. Fasciculul mamilotalamic. |
| | 7. Tractul tegmental cerebral (talamo-olivar). |
| | 8. Calea hipotalamo-hipofizară. |
| | 9. Căile de la cortexul orbital, temporal, parietal. |
| | 10. Calea tubero-hipofizară. |

7. Asociaţi centrii cu partea hipotalamusului unde ei îşi au sediul:

| | |
|---|---|
| a. Hipotalamusul anterior. | 1. Centrul salivaţiei (cuplat cu centrul foamei). |
| b. Hipotalamusul posterior. | 2. Centrul foamei, stimulator al ingestiei de alimente. |
| c. Hipotalamusul lateral. | 3. Centrii ergotropi simpatici (termogenetici şi vasoconstrictori). |
| d. Hipotalamusul median. | 4. Centrii trofotropi parasimpatici (vasodilatatori, termolitici, glucostatici). |

8. Asociaţi sistemele sistemului nervos vegetativ suprasegmentar cu proprietăţile lor:

a. Sistemul ergotrop.
b. Sistemul trofotrop.

1. Contribuie la ajustarea proceselor de adaptare la variaţiile mediului ambiant, asigurând activitatea psihică, fizică şi catabolismul.
2. Condiţionează procesele anabolice şi reacţiile endofilactice, asigurând funcţiile de nutriţie şi contribuind la menţinerea echilibrului homeostatic.
3. Determină perioadele de odihnă ale organismului, somnul „lent", starea organelor digestive şi mobilizează aparatul vagoinsular.
4. Determină activarea psihică, preparativul motor, mobilizarea vegetativă.
5. Asigură o hemocirculaţie optimă în musculatura activă, creşte tensiunea arterială, mărindu-i minut-volumul.
6. Provoacă diminuarea ritmului cardiac, scade puterea contractibilităţii sistolice, creşte durata diastolică, scade tensiunea arterială.
7. Respiraţia devine moderată, calmantă, bronhiile – uşor spasmate.
8. Se dilată arterele coronare şi pulmonare, se contractă splina şi alte depozite hematopoietice.
9. La nivel renal are loc o vasoconstricţie considerabilă.
10. Bronhiile se dilată, simultan crescând ventilaţia pulmonară şi metabolismul gazos alveolar.
11. Creşte peristaltica intestinală şi secreţia sucurilor digestive.
12. Îşi intensifică funcţiile organele excretoare.
13. Are loc o inhibare motorie a sistemelor somatice.
14. Se inhibă peristaltica tractului gastrointestinal şi secreţia sucurilor digestive.
15. În ficat se mobilizează resursele glicogenice.
16. Se inhibă defecaţia şi micţiunile urinare.
17. Sistemele termoreglatorii apără organismul de supratermie.
18. Creşte capacitatea musculaturii striate, pupila se dilată, mărindu-se excitabilitatea receptorilor, acuitatea atenţiei.

9. Indicați testele de explorare a sistemului nervos vegetativ suprasegmentar şi testele de explorare a sistemului nervos vegetativ segmentar.

Sistemul nervos vegetativ:

a. Suprasegmentar.
b. Segmentar.

Testele:

1. Proba ortostatică.
2. Determinarea variațiilor tensiunii arteriale la efort izometric.
3. Înregistrarea poligrafică simultană a unui şir de parametri vegetativi.
4. Examinarea excitabilității neuromusculare.
5. Proba de hiperventilație.
6. Manevra Valsalva.
7. Testarea psihologică.
8. Electroencefalografia, electrocardiografia, electromiografia (în cadrul înregistrării poligrafice).
9. Sudorația, termoreglarea.
10. Metoda reacțiilor dermato-galvanice.
11. Determinarea temperaturii superficiale cu termovizori.
12. Explorări ale funcțiilor hormonale şi neuroumorale.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Axonul protoneuronului vegetativ senzitiv face sinapse cu deutoneuronul senzitiv și cu neuronul vegetativ preganglionar, participând astfel în reflexele segmentare și suprasegmentare.

2. Reacțiile somato-vegetative de natură hipotalamică, de exemplu cele vasomotorii, hidroelectrolitice din procesele de termoreglare, se realizează pe cale vegetativă simpatico-parasimpatică, pe când frisonul termic este o manifestare pur somatică.

3. Răspunsurile comportamentale (stări de panică, furie sau aversiune) nu pot fi considerate primitive, întrucât nu pot fi obținute la animalul decorticat prin stimulare hipotalamică.

4. Neuronii preganglionari simpatici sunt aglomerați în ganglionii lanțului simpatic cu traseul paralel măduvei spinării de la primul segment spinal toracic până la segmentele lombare superioare, pe când neuronii preganglionari parasimpatici sunt localizați în cadrul trunchiului cerebral și în segmentele $S_2$–$S_4$ ale măduvei spinării.

5. Homeostazia circulatorie este reglată prin reacții neuroumorale compensatoare, realizate prin zonele reflexogene sinocarotidiană și endocardio-aortică, determinate de presiunea vasculară și gazele sanguine.

6. Sistemul nervos vegetativ asigură relațiile reciproce dintre organism și mediu, pe când sistemul somatic stabilește relațiile neuroumorale dintre organele aceluiași organism.

7. Excitabilitatea neuromusculară (ce stă la baza fenomenelor de tetanie), fiind conectată cu reacțiile vegetative, este un marker relevant al acestora.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Axonul protoneuronului vegetativ senzitiv face sinapse cu deutoneuronul senzitiv și cu neuronul vegetativ preganglionar, participând astfel în reflexele segmentare și suprasegmentare.

2. Reacțiile somato-vegetative de natură hipotalamică, de exemplu cele vasomotorii, hidroelectrolitice din procesele de termoreglare, se realizează pe cale vegetativă simpatico-parasimpatică, pe când frisonul termic este o manifestare pur somatică.

3. Răspunsurile comportamentale (stări de panică, furie sau aversiune) nu pot fi considerate primitive, întrucât nu pot fi obținute la animalul decorticat prin stimulare hipotalamică.

4. Neuronii preganglionari simpatici sunt aglomerați în ganglionii lanțului simpatic cu traseul paralel măduvei spinării de la primul segment spinal toracic până la segmentele lombare superioare, pe când neuronii preganglionari parasimpatici sunt localizați în cadrul trunchiului cerebral și în segmentele $S_2$–$S_4$ ale măduvei spinării.

5. Homeostazia circulatorie este reglată prin reacții neuroumorale compensatoare, realizate prin zonele reflexogene sinocarotidiană și endocardio-aortică, determinate de presiunea vasculară și gazele sanguine.

6. Sistemul nervos vegetativ asigură relațiile reciproce dintre organism și mediu, pe când sistemul somatic stabilește relațiile neuroumorale dintre organele aceluiași organism.

7. Excitabilitatea neuromusculară (ce stă la baza fenomenelor de tetanie), fiind conectată cu reacțiile vegetative, este un marker relevant al acestora.

## RĂSPUNSURI

**I.**

1. A, p. 100.
2. C, p. 101.
3. B, p. 102.
4. A, p. 102.
5. D, p. 103.
6. E, p. 103.
7. A, p. 104.
8. C, p. 104.
9. E, p. 105.
10. D, p. 105.
11. D, p. 105.
12. E, p. 106.
13. A, p. 106.
14. B, p. 106.
15. C, p. 106.
16. D, p. 107.
17. E, p. 107.
18. B, p. 108.
19. C, p. 110.
20. E, p. 110.
21. E, p. 110.
22. A, p. 111.
23. A, p. 113.
24. C, p. 114.
25. D, p. 117.
26. C, p. 117.
27. A, p. 117.
28. E, p. 118.
29. C, p. 119.
30. B, p. 119.
31. A, p. 120.
32. D, p. 120.
33. E, p. 121.

**II.**

1. A, B, C, p. 102–103.
2. B, C, D, p. 103.
3. A, B, C, D, p. 103.
4. A, D, p. 103.
5. A, B, C, D, p. 104.
6. A, B, C, p. 104.
7. A, B, C, D, p. 105.
8. B, C, D, E, p. 105.
9. B, C, D, p. 105.
10. A, B, p. 106.
11. B, C, D, E, p. 106.
12. B, D, E, p. 106.
13. D, E, p. 106.
14. A, B, p. 106.
15. A, B, C, p. 106.
16. A, C, p. 107.
17. D, E, p. 107.
18. B, C, D, E, p. 107.
19. A, B, C, D, p. 109.
20. C, D, p. 109.
21. A, B, C, p. 109.
22. A, B, C, E, p. 110.
23. A, B, C, p. 112.
24. B, C, p. 112.
25. B, C, E, p. 112–113.
26. A, B, D, E, p. 113.
27. A, C, D, E, p. 113.
28. C, D, E, p. 114.
29. C, D, E, p. 117.
30. A, B, C, D, p. 118.
31. A, B, C, p. 119.
32. A, B, C, E, p. 119.
33. A, B, E, p. 119–120.
34. C, D, E, p. 120.
35. A, B, C, D, p. 121.
36. C, D, E, p. 121.

**III.**

1.
a. 1, 2, 4, 5, 7.
b. 3, 6, 8, p.100.

2.
a. 1, 3, 5.
b. 2, 4, 6, p. 101–102.

3.
a. 1, 3.
b. 2, 4, p. 107.

4.
a. 4, 6, 7, 8.
b. 1, 2, 3, 5, p. 107.

5.
a. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
b. 8, 9, 10, 11.
c. 12, 13, 14, 15, 16.
d. 17, 18, p. 109.

6.
a. 1, 3, 5, 7, 9.
b. 2, 4, 6, 8, 10, p. 109.

7.
a. 4.
b. 3.
c. 2.
d. 1, p.110.

8.
a. 1, 4, 5, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, p. 114–115.
b. 2, 3, 6, 7, 11, 12, 13, p. 115.

9.
a. 3, 4, 5, 7, 8, 12, p.121.
b. 1, 2, 6, 9, 10, 11, p. 121–122.

**IV.**

1. A, p. 106.
2. A, p. 110.
3. E, p. 111.
4. B, planşa colorată, fig. 63.
5. A, p. 112.
6. B, p. 114.
7. A, p. 121.

# 7. CORTEXUL CEREBRAL

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Cel mai nou etaj al sistemului nervos este:
   A. Cortexul cerebral.
   B. Măduva spinării.
   C. Ganglionii bazali.
   D. Sistemul nervos vegetativ segmentar.
   E. Formațiunea reticulată.

2. Cercetările neurofiziologice din ultimii ani au dovedit cu lux de amănunte că activitatea cortexului cerebral depinde integral de:
   A. Sistemul hormonal al organismului uman.
   B. Funcționarea structurilor subcorticale.
   C. Sistemul nervos autonom.
   D. Formațiunea reticulată.
   E. Trunchiul cerebral.

3. Al doilea sistem de semnalizare semnifică:
   A. Organizarea ierarhică verticală a funcțiilor sistemului nervos.
   B. Substanța albă cerebrală.
   C. Substanța cenușie cerebrală.
   D. Gândirea abstractă.
   E. Suprafața emisferelor cerebrale.

4. Denumirea *pallium* semnifică:
   A. Emisferă cerebrală.
   B. Structură arhaică.
   C. Mantie.
   D. Limbaj.
   E. Cortex cerebral.

5. Indicați grosimea cortexului cerebral:
   A. 0,5–0,7 mm.
   B. 0,8–1,2 mm.
   C. 1,3–4,5 mm.
   D. 5,6–5,0 mm.
   E. 5,1–5,5 mm.

6. Cea mai importantă cale de comunicare interemisferică este:
   A. Scizura centrală (Rolando).
   B. Aria 44 (Broca).
   C. Scizura Sylvius.
   D. Corpul calos.
   E. *Gyri occipitalis superiores.*

7. Cea mai mare parte a cortexului emisferelor (95,6%) o alcătuiește:
   A. Cortexul vechi (*allocortex*).

B. Cortexul nou (*neocortex*).
C. Celulele giganto-piramidale (celulele Betz).
D. Stratul molecular.
E. Stratul granular extern.

8. Indicați descrierea corectă a stratului I (molecular) al neocortexului după K. Brodmann:
   A. Este situat imediat sub *pia mater* şi conține, în special, ramificații terminale ale numeroaselor dendrite ale celulelor nervoase şi ale cilindrilor axonali, împletiți reticular.
   B. Conține o mulțime de celule mici, rotunde, poligonale sau triunghiulare, asemănătoare cu nişte grăunți.
   C. Conține celule piramidale mici şi mijlocii, bine dezvoltate, însă dispuse destul de rar.
   D. Conține celule granulare mici.
   E. Conține celule polimorfe şi fusiforme, situate perpendicular pe suprafața cortexului, axonii cărora pătrund în substanța albă a emisferelor.

9. Calea tegmentală este:
   A. Un strat de substanță albă, aşezat între *nucleus lentiformis*, pe de o parte, şi *nucleus caudatus* cu *thalamus opticus*, pe de altă parte.
   B. Suprafața orbitală a lobului frontal, ce se leagă cu polul temporal prin intermediul fasciculului reprezentat sub formă de cârlig (*fasciculus uncinatus*).
   C. Partea terminală a căii senzitive, prin care trec fibrele ce leagă talamusul cu lobul occipital (analizorul optic) şi cu lobul temporal (analizorul auditiv).
   D. Calea care conduce impulsurile voluntare motorii spre muşchii trunchiului şi ai extremităților.
   E. Calea ce începe din cortexul cerebral şi duce spre nucleii punții Varolio.

10. Cel mai vechi segment al prozencefalului în sens filogenetic este:
   A. Creierul olfactiv (*rhinencephalon*).
   B. Complexul limbico-reticular.
   C. Cortexul cerebral.
   D. *Nucleus lentiformis.*
   E. *Nucleus caudatus.*

11. Indicați motivul ce a dat naştere conceptului *emisferă dominantă* sau *majoră*:
   A. În cadrul leziunilor sistemului limbico-reticulat, apar o mulțime de simptome şi sindroame clinice (dereglări sexuale, tulburări de memorie), care se manifestă prin sindromul Korsakov, dereglări vegetative-endocrine, tulburări de somn etc.
   B. Cercetările neurofiziologice din ultimii ani au dovedit cu lux de amănunte că activitatea cortexului cerebral depinde integral de funcționarea structurilor subcorticale.
   C. În anul 1874, savantul ucrainean V.A. Betz a descris celulele giganto-piramidale din care ia naştere fasciculul piramidal.
   D. Descoperirea perturbării funcției limbajului, determinată exclusiv de o leziune a emisferei stângi.
   E. Două arii simetrice ale creierului pot fi echivalente din punct de vedere funcțional, dar controlează părți opuse ale corpului sau spațiului.

12. Neuropsihologul stabileşte diagnosticul leziunii cerebrale utilizând:
A. Examenul neurologic obiectiv.
B. Teste standardizate, ce permit evaluarea performanţelor psihologice ale unui pacient în interiorul scalei cantitative a testului.
C. Rezonanţa magnetică cerebrală.
D. Tomografia prin emisie de pozitroni.
E. CT cerebrală.

13. Tomografia prin emisie de pozitroni încă în stadiul iniţial al demenţei de tip Alzheimer remarcă:
A. O creştere a fluxului sanguin cerebral în cortexul occipital.
B. Activarea cortexului în aria somatosenzorială secundară.
C. Activarea cortexului frontal.
D. Inhibarea regiunilor parietale posterioare.
E. Un hipometabolism adesea asimetric şi predominant parietal superior.

14. Care evenimente recente au redus, într-o anumită măsură, numărul de cazuri în care examenul neuropsihologic este util în diagnosticul de localizare?
A. Realizările de ultimă oră în domeniul fiziologiei omului.
B. Descoperirea genomului uman.
C. Ultimele achiziţii în domeniul biochimiei neurotransmiţătorilor.
D. Descoperirile din domeniul telemedicinei şi sistemelor informaţionale integrate.
E. Progresele recente ale tehnicilor neuroradiologice.

15. La mai mulţi ani după un traumatism craniocerebral sau o intoxicaţie, singurele fenomene reziduale susceptibile de a indica prezenţa unei leziuni cerebrale pot fi:
A. Deficienţele neuropsihologice.
B. Neurastenia şi cefaleea musculotonică.
C. Atacurile de panică.
D. Dereglările de somn.
E. Tulburările de comportament.

16. Afazia Broca se caracterizează prin:
A. Producţie verbală abundentă şi incoerentă. Limbaj normal articulat, dar logoreic, cu prezenţa multor parafazii, neologisme asemantice.
B. Dezintegrare fonetică asociată cu reducerea spontaneităţii verbale.
C. Pierderea înţelegerii limbajului oral şi imposibilitatea repetării, contrastând cu o înţelegere normală a limbajului scris.
D. Limbaj spontan, bogat în parafazii fonemice sau verbale, dezorganizare severă a repetării cuvintelor sau frazelor cu păstrarea remarcabilă a înţelegerii cuvintelor auzite sau văzute.
E. Pierderea capacităţii bolnavului de a citi şi de a deosebi culorile.

17. Ce se numeşte disprozodie?
A. Discurs încetinit, monoton, silabisit, emis cu efort.
B. Denumirea corectă a obiectelor şi imaginilor în absenţa apraxiei.
C. Vorbire rară, constând esenţial din nume, verbe tranzitive şi adjective; cea mai mare parte a cuvintelor scurte sunt omise, dând limbajului un stil telegrafic, agramat.

D. Eforturile bolnavului pentru a vorbi şi mimica sa denotă prezenţa conştientizării erorilor cu reacţii de enervare sau angoasă.
E. Afazie nonfluentă, fără nici o tulburare articulatorie.

18. În care afazie conţinutul discursului este, de regulă, lipsit de sens şi neînţeles pentru persoanele înconjurătoare?
A. Afazia Broca.
B. Afazia Wernicke.
C. Surditatea verbală.
D. Afazia de conducţie.
E. Cecitatea verbală pură.

19. Etiologia obişnuită a afaziei de conducţie este:
A. Consecinţa unei leziuni ischemice, interesând emisfera stângă.
B. Traumatismul cortexului auditiv asociativ.
C. Inflamaţia herpetică bilaterală a zonei Heschle.
D. O embolie în ramura ascendentă parietală sau temporală posterioară a arterei cerebrale medii.
E. O leziune tumorală a cortexului striat vizual stâng.

20. În asigurarea localizării sunetului (direcţia, distanţa) intervin:
A. Corpii geniculaţi interni.
B. Emisfera temporală stângă.
C. Corpii trapezoizi.
D. Ganglionul spiral Corti.
E. Emisfera temporală dreaptă.

21. Amuzia desemnează:
A. Imposibilitatea localizării sunetului.
B. Imposibilitatea discriminării intensităţilor şi frecvenţelor sunetelor.
C. Incapacitatea de a identifica sunetele.
D. Deficitul selectiv de identificare a conţinutului mesajului verbal.
E. Incapacitatea de a identifica melodiile, determinată de afectarea lobului temporal drept.

22. Cauza manifestării diferitor forme de agnozii vizuale este:
A. Atrofia papilei nervului optic.
B. Adenomul hipofizar cu comprimarea chiasmei optice.
C. Leziunea bilaterală a bandeletei optice.
D. Ischemia în zonele de trecere a radiaţiei Gratiolet.
E. Afectarea lobului occipital.

23. Astereognozia este:
A. Incapacitatea de a identifica vizual un obiect sau reprezentarea lui grafică în absenţa tulburărilor funcţiilor vizuale elementare sau a capacităţilor intelectuale.
B. Tulburarea limitată la denumirea obiectului, utilizarea căruia pacientul e capabil s-o indice.
C. Incapacitatea de a identifica un obiect pe cale tactilă, în absenţa oricărei informaţii vizuale sau auditive.
D. Imposibilitatea de a numi culorile atunci când ele sunt corect aplicate obiectelor.

E. Imposibilitatea recunoaşterii vizuale a persoanelor chiar apropiate. Identificarea poate deveni posibilă doar auditiv.

24. Indicaţi forma cea mai expresivă a hemiasomatognoziei:
   A. Anozognoziile hemiplegiei din cadrul sindromului Anton-Babinski.
   B. Imposibilitatea bolnavului de a descrie verbal, de a răspunde şi de a se orienta în raport cu stimulările de partea controlaterală leziunii.
   C. Ignorarea de către bolnav a hemispaţiului stâng (un dirijor ignorează muzicanţii din orchestră plasaţi în stânga sa, pacienţii îşi rad doar hemifaţa dreaptă etc.).
   D. Pierderea capacităţii de a indica la comandă orală părţile propriului corp.
   E. Agnozie digitală, agrafie pură, dezorientare dreapta-stânga şi acalculie.

25. În care apraxie executarea gestului este perfectă atunci când pacientului i se propune să utilizeze real un obiect (de exemplu, ciocanul), în loc să mimeze întrebuinţarea lui?
   A. Apraxia melocinetică.
   B. Apraxia dinamică.
   C. Apraxia ideomotorie.
   D. Apraxia ideatorie.
   E. Apraxia constructivă.

26. Alegeţi afirmaţia corectă privind amnezia anterogradă:
   A. Imposibilitatea sau diminuarea capacităţii de a reţine informaţii actuale, noi pentru pacient, apărute după instalarea tulburărilor mnezice, ceea ce determină o incapacitate mai mult sau mai puţin totală de a învăţa. Se manifestă prin deficitul de reţinere după un răgaz de 3 min. a 3 informaţii verbale sau vizuale.
   B. Corespunde imposibilităţii evocării amintirilor dobândite înainte de instalarea acută sau progresivă a tulburărilor de memorie. Se evidenţiază prin interogarea pacientului referitor la biografia sa, prin evenimente politice, achiziţii şcolare sau didactice.
   C. Desemnează o perioadă din viaţa subiectului, care nu i-a lăsat în memorie nici o urmă.
   D. Răspunsuri verbale eronate referitoare la rememorarea amintirilor recente sau din trecut.
   E. Se instalează brusc la subiecţii de 50–70 de ani, fără nici o cauză declanşatoare precisă; durează 6–8 ore şi nu lasă alte sechele decât o amnezie lacunară.

27. Amneziile axiale înglobează:
   A. O perioadă din viaţa subiectului, care nu i-a lăsat în memorie nici o urmă.
   B. O întrerupere în biografia bolnavului.
   C. Amneziile asociate cu afectarea bilaterală a circuitului hipocampo-mamilotalamic.
   D. Amneziile traumatice.
   E. Dereglările memoriei (de scurtă durată).

28. Ipoteza unei ischemii tranzitorii a formaţiunilor hipocampale este emisă drept cauză a:
   A. Amneziilor lacunare.

B. Ictusului amnezic.
C. Amneziilor axiale.
D. Confabulaţiilor.
E. Amneziei anterograde.

29. Amneziile globale se înregistrează în cadrul:
A. Polineuropatiei consecutive unei carenţe de tiamină la alcoolicii cu denutriţie.
B. Afecţiunilor bilaterale ale structurilor limbice.
C. Lezării regiunii diencefalice.
D. Diferitor forme de demenţă, atunci când tulburările mnezice nu sunt decât un aspect al unei deteriorări mai vaste a funcţiilor intelectuale.
E. Ictusului amnezic.

30. Se numeşte *shifting* (în cadrul sindroamelor ariilor premotorii):
A. Incapacitatea de a executa acţiuni secvenţiale.
B. Pierderea abilităţii de a trece rapid de la o mişcare la alta.
C. O flexie reflexă patologică, invincibilă a degetelor, declanşată de un stimul tactil mobil pe faţa palmară a mâinii.
D. Pierderea obişnuinţei de a utiliza membrele inferioare pentru a merge.
E. O deviere a privirii spre leziune.

31. Tulburarea de tip I a personalităţii (tip apatico-abulic) în cadrul sindromului frontal propriu-zis cuprinde:
A. Apatia şi inerţia motorie, dispoziţia tristă, indiferenţa afectivă, scăderea spontaneităţii verbale, nepăsarea şi imposibilitatea programării unei activităţi.
B. Comportamentul impulsiv, dezinhibat, cu schimbări de dispoziţie, tendinţa pentru calambururi, puerilitate, egocentrism, uneori comportament maniacal, hipersexual, bulimie, incapacitatea de a efectua o activitate productivă.
C. Perseverarea motorie – repetiţia anormală a unui comportament determinat, deficienţa mecanismului de autocontrol al mişcării motorii, dificultăţi de trecere de la un ordin la altul.
D. Comportamentul de imitare şi de utilizare (comportamentul Lhermitte): pacienţii frontali imită gesturile examinatorului şi au tendinţa de a apuca şi de a folosi obiectele prezentate lor fără a fi enunţat vreun ordin.
E. Pierderea capacităţii bolnavului frontal de a menţine mişcările voluntare ale privirii după comanda verbală, reducerea mişcării de explorare a privirii.

32. Se numeşte *astereognozie* (*apraxie* sau *cecitate tactilă*):
A. Neglijenţa spaţială unilaterală, deficitul de percepţie a spaţiului.
B. Incapacitatea de a descrie verbal caracteristicile spaţiale ale mediului familiar.
C. Tulburarea schemei corporale.
D. Incapacitatea de a identifica tactil un obiect fără ajutorul vederii, în absenţa unui deficit senzitiv sau motor elementar.
E. Hemianestezia sau hemihipoestezia controlaterală leziunii circumvoluţiunii parietale ascendente.

33. Alegeţi descrierea corectă a *teleopsiei*:
A. Iluzie optică în care este dereglată forma imaginii.
B. Transformarea dimensiunilor unei imagini.
C. Dereglarea percepţiei culorii unei imagini.

D. Perseverența vizuală în timp sub formă de persistență a unei imagini.
E. Dereglarea percepției poziției imaginii în raport cu subiectul.

34. Complexele onirice *(dreamy state)* își au originea în:
A. Structurile temporale, în special din dreapta.
B. Regiunea striată, bilateral.
C. Intersecția temporo-parieto-occipitală.
D. Ariile vizuale.
E. Cortexul și substanța albă subiacentă a regiunii parieto-occipitale.

35. Una dintre manifestările cele mai spectaculoase ale deconexiunii intraemisferice (calozotomiei) este:
A. Anomia culorilor.
B. Sindromul Balint.
C. Apraxia diagnostică (de exemplu, pacienta se străduiește să-și încheie bluza cu mâna dreaptă, în timp ce mâna stângă execută acțiunea opusă).
D. Halucinația vizuală liliputană sau guliveriană.
E. Palinopsia (de exemplu, bolnavul are impresia că vede trecând din nou prin fața sa o persoană, pe care a văzut-o în urmă cu 5 minute).

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Emisferele cerebrale sunt unite prin:
A. Corpul calos.
B. Spațiul perforat anterior.
C. Bulbul olfactiv.
D. Chiasma optică.
E. Corpii mamilari.

2. O scurtă revistă de ansamblu a emisferelor cerebrale include următoarele afirmații:
A. Fiecare emisferă are 3 suprafețe: dorso-laterală, medială și inferioară sau bazală.
B. Suprafața dorso-laterală este concavă, ceea ce nu corespunde bolții craniului.
C. Suprafața medială, îndreptată spre fața celeilalte emisfere, este plată.
D. Suprafața bazală are o formă destul de compactă, corespunzând bazei craniului.
E. Pe întinderea emisferelor deosebim extremitatea anterioară (*polus frontalis*), extremitatea posterioară (*polus occipitalis*) și extremitatea temporală (*polus temporalis*).

3. Corpul calos poate fi împărțit în următoarele regiuni:
A. Partea anterioară – *rostrum*.
B. Zona centrală – *istm*.
C. Zona posterioară – *splenium*.
D. Zona dorso-laterală.
E. Circumvoluțiunea supramarginală (*gyrus supramarginalis*).

4. Căile de conducere ale telencefalului se împart în următoarele sisteme:
A. Centrul semioval (*centrum semiovalae*).
B. Sistemul aferent.

C. Sistemul de asociere.
D. Sistemul comisural.
E. Sistemul de proiecție.

5. Neuropsihologia clinică are ca obiect măsurarea și analiza modificărilor capacităților:
   A. Intelectuale.
   B. De percepție.
   C. De memorie.
   D. De personalitate.
   E. Emoționale.

6. Indicați leziunile cerebrale care pot conduce la modificări neuropsihologice:
   A. Accident vascular.
   B. Intoxicație.
   C. Propagare intracerebrală a unei tumori.
   D. Maladie degenerativă a SNC.
   E. Tumori medulare benigne.

7. Neuropsihologia cuprinde:
   A. Neuropsihologia fundamentală.
   B. Neuropsihologia clinică.
   C. Neuropsihologia experimentală.
   D. Neurologia comportamentului.
   E. Neuropsihologia cognitivă.

8. Testarea neuropsihologică continuă și azi să furnizeze importante contribuții în:
   A. Înțelegerea mecanismelor patofiziologice de dezvoltare a maladiilor sistemelor nervos central și periferic.
   B. Diagnosticul diferențial al demențelor la bolnavii vârstnici.
   C. Stabilirea particularităților de conduită terapeutică la bolnavii cu atrofie corticală progresivă.
   D. Diagnosticul diferențial al depresiilor la bolnavii vârstnici.
   E. Identificarea tulburărilor de comportament asociate cu bolile cerebrale în debut.

9. Examenul neuropsihologic e axat pe cercetarea:
   A. Funcțiilor cognitive, adică intelectuale (numite și *activități cerebrale superioare sau corticale*).
   B. Categoriilor activităților nonintelectuale, ca emotivitatea, motivația și funcțiile executive, ce presupun activități de a iniția și de a transforma în realitate un comportament dirijat spre un scop precis.
   C. Posibilității de înțelegere rapidă, inteligentă a dereglărilor de comportament la bolnavii cu tulburări ale funcțiilor corticale.
   D. Calităților fizice ale unui sportiv de a se desprinde de la sol în înălțime sau în lungime.
   E. Stărilor psihice anormale ce se manifestă prin tulburări de comportament, scăderea capacității de adaptare la condițiile de mediu.

10. Activitățile cognitive se clasifică în:
   A. Activități mnezice (memoria) – permit însușirea, păstrarea și utilizarea informațiilor.

B. Activităţi perceptivo-motrice (gnozii şi praxii) – permit de a recunoaşte şi de a identifica forme şi obiecte, cât şi de a constitui un repertoriu de gesturi pentru utilizare şi comunicare.
C. Activităţi verbale (limbaj) – permit de a însuşi, de a produce şi de a înţelege semnele unei limbi.
D. Activităţi organizatorice (raţiune şi gândire) – permit manipularea cu informaţiile de natură variată, prezente sau memorate, pentru a rezolva o situaţie sau o problemă, pentru a exprima un gând.
E. Activităţi psiho-sociale de adaptare la mediul înconjurător.

11. Toate activităţile cognitive sunt:
A. Izolate una de alta.
B. Interdependente.
C. Independente.
D. Interinfluenţate.
E. Indezirabile.

12. Definiţia afaziei exclude:
A. Perturbările funcţiei limbajului, ce rezultă dintr-o dezorganizare globală a funcţionării cerebrale (confuzie mentală, demenţă).
B. Lezarea ariei corticale Broca.
C. Dificultăţile de comunicare (cecitate-surditate, disartrie-disfonie).
D. Dezorganizarea funcţiei ariei corticale Wernicke.
E. Dezintegrarea categoriilor activităţilor nonintelectuale, ca emotivitatea, motivaţia şi funcţiile executive.

13. Examenul unui afazic include:
A. Examenul limbajului oral.
B. Înţelegerea.
C. Probele mai complicate.
D. Examenul neurologic.
E. Examenul neuroimagistic.

14. Principalele tipuri de afazie sunt:
A. Cecitatea auditivă pură.
B. Surditatea verbală.
C. Afazia Broca.
D. Afazia Wernicke.
E. Afazia de conducţie.

15. În majoritatea cazurilor, afazia Broca este:
A. Consecinţa lezării cortexului auditiv asociativ (partea posterioară a primei circumvoluţiuni temporale) şi lobului parietal inferior (gyrus supramarginal şi angular).
B. Consecinţa unei lezări ischemice, interesând emisfera stângă.
C. Asociată cu o hemiplegie dreaptă cu sau fără hemianestezie.
D. Asociată cu apraxie buco-facială, eventual cu apraxie ideomotorie.
E. Consecinţa afectării bilaterale a zonei Heschle.

16. Examenul anatomic în cecitatea verbală pură (dislexie fără agrafie) pune în evidenţă:
A. Leziunile anterioare ale lobului frontal.

B. Leziunea cortexului striat vizual stâng (aria 17) şi a ariilor de asociere vizuală (18 şi 19).
C. Leziunea conexiunilor cortexului vizual drept şi a ariilor de asociere cu regiunea temporoparietală.
D. Afectarea suprafeţei interne a lobului frontal.
E. Afectarea bilaterală a zonei Heschle.

17. Deseori, astereognozia rezultă din afectarea:
A. Muşchilor striaţi.
B. Nervilor periferici.
C. Măduvei spinării şi trunchiului cerebral.
D. Talamusului.
E. Cortexului parietal.

18. În agnozia digitală bolnavul este incapabil:
A. Să recunoască degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
B. Să identifice degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
C. Să numească degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
D. Să selecteze degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
E. Să deosebească degetele mâinilor de degetele picioarelor sale.

19. Examinarea pacientului pentru cercetarea unei apraxii include:
A. Aprecierea posibilităţii de manipulare concretă cu obiecte (gesturi tranzitive) şi îmbrăcării (vestă, pantaloni de pijama, cravată etc.).
B. Examenul executării gesturilor, care nu cer utilizarea obiectelor (gesturi intranzitive) la ordin sau imitaţie.
C. Examenul executării secvenţelor arbitrare şi gesturilor contrariate.
D. Aprecierea activităţi grafice şi constructive.
E. Determinarea integrităţii nucleului personalităţii.

20. Sunt recunoscute câteva tipuri de apraxie:
A. Melocinetică.
B. Statică.
C. Dinamică şi ideomotorie.
D. Ideatorie.
E. Constructivă.

21. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la apraxia constructivă:
A. Apare în activităţile grafice şi în anumite teste cu exigenţă de utilizare a relaţiilor spaţiale.
B. Scrisul este perturbat din cauza utilizării defectuoase a paginii, spaţiilor inegale dintre litere şi cuvinte.
C. Realizarea unui desen se face pe rate, fără structură.
D. Este consecinţa unei leziuni vaste a lobului frontal stâng.
E. Rezultă dintr-o leziune parietală stângă sau dreaptă ori a corpului calos şi e facilitată printr-o asociere cu o leziune frontală.

22. Memoria se clasifică în următoarele tipuri:
A. De scurtă durată (efemeră sau operativă, imediată sau primară).
B. Pe termen lung (secundară).
C. De lucru.

D. Principală.
E. Asociativă.

23. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la memoria de lungă durată:
A. Are o capacitate limitată la 7 cifre sau fenomene prezentate auditiv sau vizual.
B. Nu poate fi suportul memoriei de lucru.
C. Se referă la achiziţii durabile, accesibile la o reamintire conştientă (memoria declarativă sau explicită) sau ce ţin de însuşirea procedurilor tehnice şi cognitive (memoria procedurală sau implicită).
D. Poate fi explorată prin intermediul testării privind cunoştinţele didactice şi evenimentele trecutului.
E. Conţine un sistem iniţial ce menţine informaţii temporare (un minut).

24. Există următoarele tipuri de amnezii:
A. Sindromul Korsakoff.
B. Amneziile axiale.
C. Constatările.
D. Ictusul amnestic.
E. Amneziile globale.

25. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la sindromul Korsakoff:
A. Se manifestă prin tulburarea severă a memoriei cu confabulaţii şi recunoaşteri false.
B. Este asociat cu polineuropatia consecutivă unei carenţe de tiamină la alcoolicii cu denutriţie.
C. Dereglările de memorie se caracterizează prin amnezie anterogradă absolută şi amnezie retrogradă relativă.
D. Se afectează în special memoria de lungă durată.
E. Este consecinţa pierderii cunoştinţei.

26. Exemple de amnezie lacunară sunt:
A. Dezorientarea în spaţiu.
B. Tulburarea vigilenţei.
C. Amnezia consecutivă unei crize comiţiale.
D. Amnezia consecutivă unui electroşoc.
E. Majoritatea amneziilor traumatice.

27. Ictusul amnestic are următoarele caracteristici:
A. Se instalează lent la subiecţii de 30–40 de ani, cu cauză declanşatoare precisă.
B. Durează 6–8 ore şi nu lasă alte sechele decât o amnezie lacunară.
C. Recidivează rar.
D. Pe parcursul episodului, pacientul se află într-un „sindrom Korsakoff acut".
E. Examenul clinic nu denotă nici un semn neurologic asociat.

28. Din punct de vedere anatomo-funcţional, fiecare lob frontal poate fi divizat în următoarele zone distincte:
A. Aria primară de proiecţie a sensibilităţii elementare.
B. Aria 4 (aria motorie sau circumvoluţiunea rolandică, aria precentrală sau cortexul motor primar).
C. Ariile terţiare de integrare plurimodală (somatosenzitive, vestibulare, vizuale şi simbolice).

D. Ariile premotorii considerate arii secundare ale motricității, privind mai ales organizarea și controlul mișcărilor de finețe.
E. Cortexul prefrontal, care reprezintă o zonă terțiară de integrare superioară, atât a comportamentului motor, cât și a altor forme de comportament.

29. Dereglările de limbaj în cadrul sindroamelor ariilor premotorii se manifestă prin:
A. Oprirea vorbirii.
B. Mutism.
C. Gol de cuvinte.
D. „Salată" de cuvinte.
E. Scăderea inițiativei de a vorbi și a fluidității verbale.

30. Sindromul de apraxie a mersului are următoarele componente:
A. Pierderea unilaterală a mirosului.
B. Lipsa de inițiativă pentru mers.
C. Bolnavii sunt incapabili să-și plaseze picioarele în poziția normală a mersului și încearcă să meargă „în foarfece".
D. Reacția de magnet (magnet-apraxia lui Denny-Brown): bolnavul stă nemișcat timp îndelungat.
E. Prezența reflexelor de prehensiune și tatonare (grasping și groping) a mâinilor și picioarelor.

31. Lobul parietal e divizat în următoarele regiuni funcționale:
A. Aria primară de proiecție a sensibilității elementare.
B. Aria acustică primară.
C. Aria acustică secundară.
D. Ariile de asociație mai degrabă unimodale, lezarea cărora determină deficite unimodale de integrare a percepțiilor senzitiv-senzoriale (anomie tactilă).
E. Ariile terțiare de integrare plurimodală (somatosenzitive, vestibulare, vizuale și simbolice).

32. Sindromul Balint se manifestă prin:
A. Paralizia psihică a privirii – incapacitatea de a orienta privirea spre ținta ce se află în câmpul vizual periferic.
B. Incapacitatea de a percepe vizual obiectele în mișcare.
C. Ataxia optică – deficit de coordonare ochi-mână sau imposibilitatea pacientului de a efectua cu precizie prinderea cu mâna a obiectelor sub control vizual.
D. Tulburarea recunoașterii persoanelor sau reprezentărilor acestora (fotografii, desene etc.), pe care pacientul le poate identifica totuși după voce.
E. Simultagnozia – reducerea concentrică a câmpului vizual funcțional (bolnavul este incapabil să vadă 2 obiecte în același timp), ca o consecință a unui fenomen de disociere între vederea centrală și cea periferică.

33. Cele mai importante sindroame de disconexiune intraemisferică sunt:
A. Afazia de conducție.
B. Surditatea verbală pură.
C. Prozopagnozia.
D. Halucinațiile vizuale elementare.
E. Mutismul akinetic.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

a. Fibrele emisferiale de asociere.
b. Fibrele emisferiale comisurale.

1. Leagă talamusul cu corpii geniculați, parțial, cu regiunile inferioare ale sistemului nervos central.
2. Unesc părțile simetrice ale celor două emisfere.
3. Realizează conexiunea dintre diferite zone ale cortexului în cadrul aceleiaşi emisfere.
4. Se împart în fibre scurte şi fibre lungi.
5. O parte din fibre aparțin corpului calos.
6. Unele din aceste fibre conduc excitațiile centripet, iar altele – centrifug.
7. *Fasciculus longitudinalis superiores.*
8. Comisura anterioară.
9. *Fornicis.*
10. *Fasciculus longitudinalis inferiores.*
11. *Fasciculus uncinatus.*
12. *Tractus cortico-bulbaris.*
13. *Tractus cortico-pontinus.*
14. *Tractus thalamo-corticalis.*

2. Indicați formațiunile creierului olfactiv periferic şi formațiunile creierului olfactiv central:

Creierul olfactiv:

a. Periferic.
b. Central.

Formațiunile:

1. *Bulbus olfactorius.*
2. Piciorul hipocampului.
3. Circumvoluțiunea dentată (*gyrus dentatus*).
4. *Tractus olfactorius.*
5. *Trigonum olfactorius.*
6. Substanța perforată anterioară.
7. Circumvoluțiunea fornicată (*gyrus fornicatus*).

3. Asociați cifrele cu literele:

a. Aria Broca.
b. Aria Wernicke.

1. Aria 44.
2. Aria 45.
3. Jumătatea posterioară a primelor două circumvoluțiuni temporale stângi.
4. A 3-a circumvoluțiune frontală.
5. Este zona motrice, care asigură controlul fonetic al expresiei.
6. Este o zonă receptivă, unde mesajul e decodat în funcție de constituantele lui fonemice.

4. Asociați apraxiile cu caracteristicile lor:

Apraxia:
a. Melocinetică.
b. Dinamică.

Caracteristicile:
1. Incapacitatea de a supune acțiunea unui plan, evidențiată prin testele la apraxie.
2. Dezorganizarea mişcării, apropiată tulburărilor motorii elementare.
3. Reducerea spontaneității motorii (neglijență motorie).
4. Prevalența formulelor tonice, amintind reacțiile de prehensiune şi evitare.
5. Imposibilitatea de a repeta în ordin definit 3 gesturi elementare.
6. Imposibilitatea de a executa o instrucție (un ordin) contrariantă.

5. Asociați simptomatologia motrică paroxistică cu cea deficitară de afectare a ariei motorii primare:

Simptomatologia:
a. Paroxistică.
b. Deficitară.

Manifestările clinice:
1. Epilepsie motorie parțială (jacksoniană).
2. Crize ce pot fi generalizate sau urmate de un deficit motor tranzitoriu sau permanent.
3. Criza este controlaterală leziunii.
4. Hemiplegie sau hemipareză corticală cu predominanță facio-brahială.
5. Mişcări deficitare în hemicorpul afectat.
6. Postură hemiplegică.
7. Pareză facială centrală.
8. Hipertonie şi mers spastic.
9. Reflex cutanat plantar patologic (semnul Babinski).

6. Alegeți simptomatologia parietală şi simptomatologia temporală:

Simptomatologia:
a. Parietală.
b. Temporală.

Manifestările:
1. Tulburări de audiție prin leziuni bilaterale ale gyrusurilor Heschle.
2. Epilepsie somatosenzitivă parțială.
3. Tulburări olfactive, halucinații olfactive.
4. Hemianestezii sau hemihipoestezii controlaterale leziunii distructive.
5. Astereognozie.
6. Hemianopsie omonimă în cadranul superior.
7. Crize parțiale cu simptomatologie complexă.
8. Tulburarea schemei corporale.
9. Tulburări de percepție şi de integrare vizuală.
10. Deficit sau pierderea memoriei topografice.
11. Neglijență spațială unilaterală.
12. Apraxie ideatorie şi ideomotorie, apraxie constructivă, apraxie de îmbrăcare.
13. Deficit în percepția timpului.
14. Tulburări ale memoriei verbale şi nonverbale.
15. Tulburări cognitive (de învățare), tulburări intelectuale.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Studierea cortexului cerebral (*cortex cerebri*) are o importanță teoretică deosebită, deoarece ea ne oferă o imagine clară despre reglarea nervoasă a tuturor proceselor organismului uman și adaptarea lui la mediul înconjurător.

2. Activitățile perceptivo-motrice și cele verbale permit individului să fie în relație cu lumea externă, pe când activitățile mnezice și organizatorice aparțin activităților „interne" ale subiectului.

3. Corpul calos nu participă în mod semnificativ la reorganizarea funcțională după o agresiune cerebrală, observațiile clinice la acest capitol fiind încă foarte sărace.

# RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. A, p. 123. | 1. A, B, D, E, p. 123. | 1. | A, p. 123. |
| 2. B, p. 123. | 2. A, C, D, E, p. 123. | a. 3, 4, 7, 10, 11. | B, p. 133. |
| 3. D, p. 123. | 3. A, B, C, p. 126. | b. 2, 5, 8, 9. | E, p. 147. |
| 4. C, p. 123. | 4. C, D, E, p. 129. | c. 1, 6, 12, 13, 14, | |
| 5. C, p. 123. | 5. A, B, C, D, p. 132. | p. 129. | |
| 6. D, p. 126. | 6. A, B, C, D, p. 132. | | |
| 7. B, p. 126. | 7. B, C, D, E, p. 132. | 2. | |
| 8. A, p. 128. | 8. B, D, E, p. 133. | a. 1, 4, 5, 6. | |
| 9. C, p. 130. | 9. A, B, p. 133. | b. 2, 3, 7, p. 130. | |
| 10. A, p. 130. | 10. A, B, C, D, p. 133. | | |
| 11. D, p. 131. | 11. B, D, p. 133. | 3. | |
| 12. B, p. 132. | 12. A, C, p. 134. | a. 1, 2, 4, 5. | |
| 13. E, p. 133. | 13. A, B, C, p. 134. | b. 3, 6, p. 134. | |
| 14. E, p. 133. | 14. B, C, D, E, p. 135. | | |
| 15. A, p. 133. | 15. B, C, D, p. 135. | 4. | |
| 16. B, p. 135. | 16. B, C, p. 135–136. | a. 2, 3, 4, p. 138. | |
| 17. A, p. 135. | 17. B, C, D, E, p. 137. | b. 1, 5, 6, p. 138–139. | |
| 18. B, p. 135. | 18. A, B, C, D, p. 137. | | |
| 19. D, p. 135. | 19. A, B, C, D, p. 138. | 5. | |
| 20. C, p. 136. | 20. A, C, D, E, p. 138–139. | a. 1, 2, 3, p. 142. | |
| 21. E, p. 136. | 21. A, B, C, E, p. 139. | b. 4, 5, 6, 7, 8, 9, | |
| 22. E, p. 136. | 22. A, B, C, p. 139. | p. 142. | |
| 23. C, p. 137. | 23. C, D, p. 139–140. | | |
| 24. A, p. 137. | 24. A, B, D, E, p. 141–142. | 6. | |
| 25. C, p. 139. | 25. A, B, C, p. 141. | a. 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12, | |
| 26. A, p. 141. | 26. C, D, E, p. 141. | p. 144. | |
| 27. C, p. 141. | 27. B, C, D, E, p. 141. | b. 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14, | |
| 28. B, p. 142. | 28. B, D, E, p. 142. | 15, p. 145. | |
| 29. D, p. 142. | 29. A, B, C, E, p. 142. | | |
| 30. B, p. 142. | 30. B, C, D, E, p. 143. | | |
| 31. A, p. 143. | 31. A, D, E, p. 144. | | |
| 32. D, p. 144. | 32. A, C, E, p. 146. | | |
| 33. E, p. 146. | 33. A, B, p. 147. | | |
| 34. A, p. 146. | | | |
| 35. C, p. 147. | | | |

# 8. MENINGELE ŞI LICHIDUL CEFALORAHIDIAN

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicaţi locul de formare a fluidului cerebrospinal:
   A. Spaţiul epidural.
   B. Spaţiul subdural.
   C. Cisternele cerebrale.
   D. Ventriculele cerebrale.
   E. Spaţiul subarahnoidian.

2. Accidentele vasculare ce implică vasele din spaţiul subarahnoidian conduc la:
   A. Hematoame epidurale.
   B. Hematoame subdurale.
   C. Hemoragii subarahnoidiene.
   D. Hemoragii intraparenchimatoase.
   E. Hemoragii intraventriculare.

3. Lichidul cefalorahidian curge din ventriculele laterale în ventriculul III prin:
   A. Orificiile Monroe.
   B. Apeductul Sylvius.
   C. Orificiul Luskha.
   D. Orificiul Majendie.
   E. Cisterna mare.

4. Indicaţi cantitatea de lichid cefalorahidian de care dispune un adult sănătos:
   A. 50–60 ml.
   B. 70–80 ml.
   C. 90–100 ml.
   D. 120–160 ml.
   E. 170–200 ml.

5. Indicaţi maladia care este însoţită adesea de eozinofilie în lichidul cefalorahidian:
   A. Accidentul vascular cerebral hemoragic.
   B. Ictusul cerebral ischemic.
   C. Cisticercoza.
   D. Encefalita herpetică.
   E. Poliradiculonevrita Guillain-Barré.

6. Pentru a diferenţia o contaminare cu sânge a lichidului cefalorahidian de o hemoragie preexistentă, se foloseşte:
   A. Puncţia lombară repetată.
   B. Extragerea lichidului cefalorahidian prin puncţie ventriculară.
   C. Examenul prin rezonanţă magnetică cerebrală.
   D. Examenul prin computer tomografie cerebrală.
   E. Colectarea lichidului cefalorahidian în cel puţin trei tuburi (testul celor trei tuburi).

7. Pentru descrierea modificărilor lichidului cefalorahidian în meningite se utilizează termenul de:
   A. Pleiocitoză.
   B. Proteinorahie.
   C. Disociație celulară-proteică.
   D. Disociație proteică-celulară.
   E. Lichid meningitic.

8. Indicați valorile glucozei în lichidul cefalorahidian, considerate anormale:
   A. Mai mici de 4,0–4,5 mmol/l.
   B. Mai mici de 2,2–2,5 mmol/l.
   C. La nivelul de 60–70% din valorile concentrației glucozei din sânge.
   D. Mai mari de 5,5 mmol/l.
   E. Mai mari de 6,6 mmol/l.

9. Diminuarea concentrației clorurilor şi glucozei în lichidul cefalorahidian este specifică pentru:
   A. Bolile demielinizante ale sistemului nervos.
   B. Meningita tuberculoasă.
   C. Hemoragia subarahnoidiană.
   D. Encefalopatia alcoolică acută.
   E. Epilepsie.

10. Care afirmație din cele enumerate mai jos este considerată o contraindicație în puncția lombară?
   A. Hipoglicemia.
   B. Hipertensiunea arterială.
   C. Rezultatele pozitive ale testării anticorpilor specifici pentru treponemă în plasmă.
   D. Edemul papilei nervului optic.
   E. Hidrocefalia normotensivă, depistată prin computer tomografie cerebrală.

11. Cea mai obişnuită complicație ce poate surveni în urma puncției lombare este:
   A. Agravarea hernierilor cerebrale şi a compresiunilor medulare.
   B. Cefaleea.
   C. Sângerarea subarahnoidiană.
   D. Diplopia.
   E. Durerile în rahis şi simptomele radiculare.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Meningele include de la exterior spre interior:
   A. Suprafața piloasă a capului.
   B. Aponevroza.
   C. Dura mater.
   D. Arahnoida.
   E. Pia mater.

2. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la arahnoidă:
   A. Reprezintă o membrană subțire, fină, ce înconjoară creierul și măduva spinării.
   B. Partea externă aderă la dura mater.
   C. Este formată din 2 straturi: extern și intern.
   D. De la exterior spre interior sunt dispuse numeroase prelungiri filamentoase sau trabecule ce se atașează de pia mater.
   E. Este bogat vascularizată și conține vase sanguine mici, ce irigă creierul și măduva spinării.

3. Spațiul epidural la nivelul măduvei spinării conține:
   A. Lichid cefalorahidian.
   B. Semifluid bogat în triacilglicerol.
   C. Sinusuri venoase ce poartă sângele de la măduva spinării spre venele magistrale.
   D. Vene cu pereți subțiri.
   E. Calvaria.

4. Așa-zisa „barieră hematoencefalică" este constituită din:
   A. Vilozitățile plexurilor coroide din ventriculele creierului.
   B. Sistemul venos al pahimeningelui.
   C. Endoteliul vascular.
   D. Sistemul reticulo-endotelial.
   E. Neuroglie.

5. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la caracteristicile lichidului cefalorahidian al unui adult sănătos:
   A. Xantocrom.
   B. Transparent.
   C. Conține proteine (0,15–0,33 g/l).
   D. Conține celule (0–5 limfocite/mm$^3$).
   E. Conține glucoză (2,4–4,5 mmol/l).

6. Presiuni crescute ale lichidului cefalorahidian apar în:
   A. Edemul cerebral.
   B. Tumorile cerebrale.
   C. Epidurita discogenă.
   D. Accidentele vasculare cerebrale acute.
   E. Ocluziile venoase cerebrale.

7. De cele mai multe ori, nivelul proteinelor în lichidul cefalorahidian scade (sub 0,15 g/l) în:
   A. Meningite.
   B. Tumorile medulare.
   C. Scurgerile de lichid cefalorahidian datorate unor fistule durale traumatice.
   D. Scurgerile de lichid cefalorahidian datorate puncției lombare.
   E. Hidrocefalie.

8. Creșterea imunoglobulinelor în lichidul cefalorahidian apare în următoarele boli:
   A. Imunologice.
   B. Bacteriene.
   C. Neuromusculare.

D. Spirochetozice.
E. Fungice.

9. Hipoglicorahia este caracteristică următoarelor boli ale sistemului nervos:
   A. Scleroză multiplă.
   B. Meningită purulentă acută.
   C. Meningită tuberculoasă.
   D. Vasculită cerebrală.
   E. Meningită fungică.

10. Cefaleea – complicaţie a puncţiei lombare – poate fi evitată, dacă:
   A. Pacientul evită tusea şi efortul fizic.
   B. Se folosesc pentru puncţia lombară ace foarte subţiri.
   C. Înainte de puncţie, pacientul respectă un repaus strict la pat în poziţie orizontală (2–3 zile).
   D. Se reduce numărul penetrărilor în efectuarea procedurii propriu-zise.
   E. După puncţie se indică antihistaminice.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

Asociaţi maladiile cu modificările conţinutului lichidului cefalorahidian:

Modificările:
a. Disociaţie celulară-proteică.
b. Disociaţie proteică-celulară.

Maladiile:
1. Encefalită.
2. Neoplazie cerebrală.
3. Neoplazie medulară.
4. Arahnoidită cerebrală.
5. Arahnoidită medulară.
6. Blocajul căilor lichidiene.
7. Formele timpurii ale sifilisului.

## IV. RELAŢIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi există o relaţie cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi nu există o relaţie cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmaţie este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmaţie este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmaţii sunt false.

Tehnicile de amplificare a ADN folosesc reacţia în lanţ a polimerazei (*polymerase chain reaction, PCR*), realizând astfel o îmbunătăţire a sensibilităţii diagnostice în examinarea lichidului cefalorahidian.

## RĂSPUNSURI

**I.**
1. D, p. 150.
2. C, p. 150.
3. A, p. 150.
4. D, p. 150.
5. C, p. 151.
6. E, p. 151.
7. E, p. 152.
8. B, p. 152.
9. B, p. 152.
10. D, p. 152.
11. B, p. 153.

**II.**
1. C, D, E, p. 148.
2. A, B, D, p. 149.
3. B, D, p. 149.
4. C, D, E, p. 150.
5. B, C, D, E, p. 150.
6. A, B, D, E, p. 151.
7. C, D, E, p. 152.
8. A, B, D, E, p. 152.
9. B, C, E, p. 152.
10. B, D, p. 153.

**III.**
1.
a. 1, 4, 5, 7, p. 152.
b. 2, 3, 6, p, 152.

**IV.**
A, p.152.

# 9. EXAMENELE PARACLINICE

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Actualmente, radiografia de rutină a craniului este indicată în:
   A. Anevrismele cerebrale.
   B. Accidentul vascular cerebral hemoragic.
   C. Accidentul vascular cerebral ischemic.
   D. Hemoragia subarahnoidiană.
   E. Traumatismul craniocerebral.

2. Indicați semnele patognomonice ale anevrismelor cerebrale, care pot fi depistate prin craniografie:
   A. Defecte osoase craniene.
   B. Hiperostoze.
   C. Calcificări circulare sau arcuite.
   D. Dilatarea vaselor meningeale sau diploice.
   E. Calcificări în sifonul arterei carotide.

3. Indicați semnul radiologic frecvent al adenoamelor hipofizare:
   A. Meatul auditiv intern – lărgit.
   B. Fisura orbitară superioară – lărgită.
   C. Foramenul optic – lărgit.
   D. Balonizarea şeii turceşti.
   E. Hiperostoză craniană cu localizare bazală.

4. Care metodă de cercetare deseori provoacă tulburări de conştiență?
   A. Pneumoencefalografia.
   B. Tomografia computerizată.
   C. Rezonanța magnetică.
   D. Mielografia.
   E. Angiografia cerebrală.

5. Rezoluția angiografiei cerebrale se poate majora prin:
   A. Introducerea indirectă a substanțelor de contrast în lumenul vaselor cerebrale.
   B. Injectarea directă a substanței de contrast în artera carotidă.
   C. Injectarea directă a substanței de contrast în artera vertebrală.
   D. Metoda Selidinger (cateter introdus în artera femurală).
   E. Substracția digitală computerizată.

6. Care dintre țesuturile/structurile enumerate mai jos are cel mai mare coeficient de absorbție (unități Hounsfield) în tomografia computerizată?
   A. Țesutul osos.
   B. Calcificarea.
   C. Sângerarea proaspătă.
   D. Tumora.
   E. Lichidul cefalorahidian.

7. Indicați metoda de elecție în diferențierea ictusului cerebral ischemic de cel hemoragic:
   A. Rezonanța magnetică nucleară.
   B. Tomografia computerizată.
   C. Pneumoencefalografia.
   D. Angiografia cerebrală.
   E. Scanerul radioizotopic.

8. Indicați intervalul de timp în care, la investigația prin tomografie computerizată, ariile de ramolisment cerebral pot fi izodense cu creierul normal:
   A. Până la 3 ore.
   B. Până la 6 ore.
   C. Până la 12 ore.
   D. Până la 24 ore.
   E. Până la 48 ore.

9. Numiți particula principală încărcată din țesuturile organismului, direcția mișcării căreia poate fi influențată de un câmp magnetic (principiul rezonanței magnetice):
   A. Protonul atomului de hidrogen.
   B. Neutronul atomului de oxigen.
   C. Electronul atomului de azot.
   D. Protonul atomului de carbon.
   E. Neutronul atomului de fier.

10. Indicați metoda cea mai sensibilă în vizualizarea tumorilor cerebrale și medulare:
    A. Mielografia.
    B. Computertomomielografia.
    C. Rezonanța magnetică nucleară.
    D. Tomografia prin emisie de pozitroni.
    E. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT).

11. Indicați principala metodă de investigație în examinarea pacienților cu convulsii și a celor suspecți la crize convulsive:
    A. Reoencefalografia (REG).
    B. Echoencefalografia (EchoEG).
    C. Electroencefalografia (EEG).
    D. Electromiografia (EMG).
    E. Ultrasonografia Doppler a vaselor magistrale cervico-cerebrale.

12. Testul de laborator în encefalopatia spongiformă:
    A. Potențialele evocate vizuale.
    B. Potențialele evocate auditive.
    C. Potențialele evocate somato-senzoriale.
    D. Potențialele evocate motorii.
    E. Electroencefalografia.

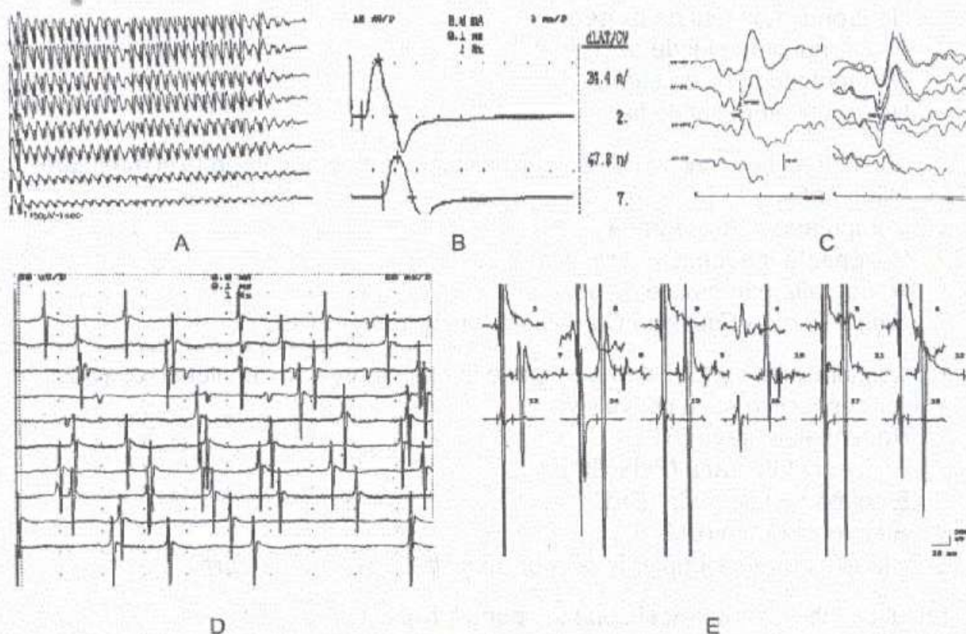
13. Indicați cea mai evidentă modificare patologică a traseului EEG:
    A. Unde-vârf cu frecvența de 3 Hz/sec.
    B. Silențiumul electrocerebral.
    C. Descărcările epileptiforme.

D. Undele ascuțite cu frecvența de la 4 până la 7 Hz.
E. Activitatea sub formă de platou (mai mică de 2 µV).

14. Principala metodă de laborator în studiul nervilor periferici este:
A. Examenul electromiografic de stimulodetecție.
B. Stimularea nervoasă repetitivă.
C. Examenul cu ac-electrozi.
D. Potențialele evocate somestezice.
E. Stimularea transcraniană a cortexului motor.

15. În 1895, Jooly a observat că forța contracțiilor musculare se micșorează progresiv la șocurile electrice repetitive la bolnavii cu:
A. Distrofie musculară progresivă.
B. Scleroză laterală amiotrofică.
C. Miastenie.
D. Miotonie.
E. Amiotrofie spinală.

16. Care figură reprezintă potențialele patologice de fibrilație, înregistrate în timpul examenului electromiografic cu ac-electrod?




17. Potențialele unităților motorii se numesc polifazice, dacă:
A. Devin majorate în amplitudine.
B. Conțin mai mult de patru faze.
C. Sunt extrem de prelungite.
D. Au amplitudine joasă.
E. Sunt de scurtă durată și au amplitudine joasă.

18. Una dintre cele mai remarcabile proprietăți ale potențialelor evocate, comparativ cu electroencefalografia (EEG), este:
   A. Rezistența lor la anestezie, remediile sedative şi chiar la lezarea emisferei cerebrale.
   B. Evocă un răspuns în ariile corticale receptive şi în conexiunile subcorticale respective.
   C. Un potențial scăzut poate fi detectat cu doar câțiva microvolți pe fundalul activității mai impunătoare electroencefalografice (EEG) sau electromiografice (EMG).
   D. Înregistrează activitatea electrică spontană sumară, generată de cortexul cerebral.
   E. Sensibilitatea metodei creşte după aplicarea procedurilor activatoare.

19. Latența aşteptată a polarității pozitive a potențialelor evocate vizuale (PEV) este de circa:
   A. 9 ms.
   B. 100 ms.
   C. 118 ms.
   D. 120 ms.
   E. 128 ms.

20. Precizia metodei de ultrasonografie Doppler a vaselor cervico-cerebrale foarte mult depinde de:
   A. Vârsta pacientului.
   B. Sursa de emitere a ultrasunetului.
   C. Patologia examinată.
   D. Aparatajul utilizat.
   E. Capacitățile şi experiența examinatorului.

21. Modificările traseului electroencefalografic (EEG), asociate cu stările de criză epileptică de absență, reprezintă:
   A. Unde-vârf cu frecvența de 3 Hz/sec. în toate înregistrările EEG.
   B. Silențium electroencefalografic în timpul crizei.
   C. Unde cu frecvența mai mică de 4 Hz şi amplitudinea de la 50 până la 350 μV.
   D. Unde cu frecvența de la 4 până la 7 Hz.
   E. Diminuarea periodică a frecvenței traseului EEG.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. În practica neurologică metodele de investigație paraclinică a sistemului nervos se divizează în:
   A. Neuropsihologice.
   B. Neuroradiologice.
   C. Neurofiziologice.
   D. Ultrasonore.
   E. Funcționale.

2. Valoarea radiografiei craniene convenţionale a rămas neschimbată în:
   A. Investigarea traumatismelor craniofaciale.
   B. Depistarea hematoamelor subdurale.
   C. Evidenţierea leziunilor pituitare.
   D. Monitorizarea sindromului de hipertensiune intracraniană.
   E. Pregătirea pacientului pentru intervenţia neurochirurgicală ghidată endoscopic.

3. Pneumoencefalografia se poate utiliza în studiul:
   A. Atrofiilor cerebrale.
   B. Epilepsiei.
   C. Tumorilor cerebrale.
   D. Leziunilor nervilor periferici.
   E. Tulburărilor cerebrale posttraumatice.

4. Angiografia cerebrală este metoda de elecţie în diagnosticul:
   A. Tumorilor cerebrale.
   B. Encefalitelor.
   C. Anomaliilor vasculare cerebrale.
   D. Stenozelor vaselor cerebrale.
   E. Obstrucţiilor vasculare cerebrale.

5. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT) face posibilă:
   A. Identificarea activităţii neuronale crescute, responsabilă de epilepsia focală.
   B. Diferenţierea varietăţii tulburărilor atrofice din demenţe.
   C. Evidenţierea precisă a proceselor tumorale medulare.
   D. Concretizarea caracterului leziunilor congenitale cerebrale.
   E. Vizualizarea tulburărilor cerebrale posttraumatice.

6. Prin tomografie computerizată e posibilă:
   A. Vizualizarea plăcilor de demielinizare în scleroza multiplă.
   B. Vizualizarea sistemului ventricular cerebral.
   C. Vizualizarea uşoară a calcificatelor.
   D. Distingerea nervului optic în orbită.
   E. Distingerea muşchilor globului ocular.

7. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la rezonanţa magnetică nucleară:
   A. Se bazează pe principiul că în ţesuturile organismului există particule încărcate, direcţia mişcării cărora poate fi influenţată de un câmp magnetic.
   B. Nu oferă avantaje considerabile faţă de tomografia computerizată.
   C. Este superioară comparativ cu tomografia computerizată în depistarea modificărilor de tip infecţios şi inflamator ale ţesutului cerebral.
   D. A fost elaborată metoda ce vizualizează fluxul sanguin cerebral – angiografia în rezonanţa magnetică.
   E. A fost preconizată de către Ambrois şi Hounsfield.

8. Indicaţi stările care cresc sensibilitatea de diagnosticare a electroencefalografiei:
   A. Oprirea respiraţiei pe un termen mai lung de 3 minute.
   B. Hiperventilaţia.
   C. Excitarea cu un flux intermitent de lumină.

D. Examinarea în timpul somnului.
E. Examinarea după deprivarea somnului.

9. În lipsa administrării antidepresantelor sau gradului excesiv de hipotermie, o înregistrare EEG sub formă de „platou" (mai mică de 2 µV) deasupra tuturor regiunilor craniului în majoritatea cazurilor rezultă datorită:
   A. Somnului fiziologic adânc.
   B. Hipoxiei cerebrale.
   C. Ischemiei cerebrale.
   D. Traumatismului cerebral.
   E. Hipertensiunii intracraniene sporite.

10. Rezultatele studiilor conductibilității în fibrele motorii şi senzitive ale nervilor periferici includ:
   A. Amplitudinea răspunsului evocat muscular şi potențialul de acțiune senzorial.
   B. Viteza de conducere.
   C. Latențele distale.
   D. Blocajul de conducere.
   E. Decrementul.

11. Compresiunea focală (prinderea în capcană) a nervului poate produce:
   A. Deformarea răspunsului evocat motor.
   B. Descreşterea amplitudinii răspunsului muscular la stimulări repetitive cu frecvența de 2–3 Hz pe secundă.
   C. Absența reflexului Hoffman.
   D. Lentoare localizată (scăderea vitezei de conducere).
   E. Blocaj de conducere.

12. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la examenul muşchilor cu ac-electrozi:
   A. Necesită utilizarea ac-electrozilor monopolari.
   B. Necesită utilizarea ac-electrozilor bipolari.
   C. Activitatea electrică a muşchilor se înregistrează în repaus.
   D. Activitatea electrică a muşchilor se înregistrează la contractarea activă efectuată de pacient.
   E. Când muşchiul se contractă voluntar, apar potențialele de fasciculații şi fibrilații.

13. În cadrul unui examen electromiografic cu ac-electrozi pot fi înregistrate următoarele modificări patologice:
   A. Activitatea „spontană" patologică la relaxare.
   B. Modificarea amplitudinii, duratei şi formei potențialelor unităților motorii (PUM).
   C. Silențiumul în stare de repaus muscular.
   D. Diminuarea numărului de potențiale ale unităților motorii şi modificarea paternului de descărcare.
   E. Variația amplitudinii şi numărului de faze ale potențialelor unităților motorii pe parcursul contractării voluntare a muşchiului.

14. Activitatea electromiografică spontană patologică la relaxare include:
   A. Potențiale de fibrilație şi miochimice.
   B. Unde pozitive ascuțite.

C. Crampe.
D. Descărcări miotonice.
E. Potențiale de denervare.

15. Potențialele de fibrilație pot fi întâlnite în:
A. Denervarea neurogenă.
B. Polimiozită.
C. Miozita cu incluziuni.
D. Miocardită.
E. Cefalee musculotonică.

16. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la potențialele de fasciculație, înregistrate în cadrul examenului electromiografic:
A. Reprezintă o contractare spontană a unei *singure fibre musculare*.
B. Nu este vizibilă prin piele.
C. Forma potențialului de fasciculație este similară celei a potențialului unității motorii, observat la contracție voluntară.
D. Relevă iritabilitatea fibrelor nervoase și nu denotă distrugerea fibrelor nervoase sau denervarea unităților motorii.
E. Originea precisă este contestată până în prezent.

17. Maladiile ce distrug fibrele musculare sau reduc populația de fibre musculare se manifestă prin următoarele modificări ale potențialelor unităților motorii (PUM):
A. La activarea unei asemenea unități, potențialul este de voltaj diminuat și are o durată mai mică decât cea normală.
B. Pot fi polifazice.
C. Are loc așa-numita *recrutare majorată*.
D. La înregistrare sonoră nu produc nici un sunet.
E. Poate fi evidențiat fenomenul *jitter*.

18. Interpretarea potențialelor evocate aferente (vizuale, auditive, somestezice) și eferente (motorii) se bazează pe înregistrarea următorilor indici:
A. Activitatea spontană.
B. Latența apariției undelor după stimulare.
C. Intervalul de timp dintre unde.
D. Decrementul amplitudinii A1/A4 la stimularea cu frecvența de 3 Hz/sec.
E. Asimetria undelor.

19. Examenul prin potențiale evocate somatosenzoriale (PES) este util în așa entități nozologice ca:
A. Vertijul vestibular central de origine vasculară.
B. Sindromul Guillain-Barré.
C. Herniile de disc lombare și cervicale.
D. Scleroza multiplă.
E. Spondiloza cervicală.

20. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la potențialele evocate cognitive:
A. Fac parte din potențialele cerebrale tardive (latența > 100 ms), care pot fi extrase din activitatea fondală prin metode computerizate.
B. Aceste potențiale „legate de eveniment" sau „endogene" sunt în raport cu aspectele cognitive.

C. Răspunsurile tardive sunt de un voltaj destul de mare, au un aspect constant (nu fluctuează).
D. Majoritatea tipurilor studiate apar aproximativ la 300 ms (P300), după ce o persoană atentă determină un stimul neaşteptat sau un stimul nou, care acţionează în paralel cu cel precedent.
E. Amplitudinea răspunsului depinde de dificultatea sarcinii şi este invers proporţională cu frecvenţa evenimentului.

21. Prelungirea latenţei potenţialelor evocate cognitive poate fi observată:
A. La pacienţii vârstnici.
B. În maladia Parkinson.
C. La bolnavii cu paralizie supranucleară progresivă.
D. La bolnavii cu coreea Huntington.
E. La bolnavii cu disfuncţie vegetativă suprasegmentară psihogenă.

22. Amplitudinea răspunsului evocat cognitiv este diminuată în:
A. Radiculopatia discogenă.
B. Sindromul carpian.
C. Schizofrenie.
D. Depresie.
E. Angoasă.

23. Prin metoda de ultrasonografie Doppler este posibilă:
A. Determinarea diametrului vaselor cerebrale şi poate fi relevată stenozarea sau ocluzia lor.
B. Determinarea particularităţilor morfologice ale plăcilor: ulceraţia, calcificarea sau hemoragiile în plăci.
C. Determinarea direcţiei fluxului sanguin.
D. Evaluarea etiologiei dereglării circulaţiei sanguine.
E. Detectarea malformaţiilor arteriovenoase.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociaţi cifrele cu literele:

a. Metode neuroimagistice noi.
b. Metode radiologice tradiţionale.

1. Craniografia.
2. Tomografia computerizată.
3. Pneumoencefalografia.
4. Mielografia.
5. Rezonanţa magnetică nucleară.

2. Selectaţi caracteristicile corecte ale undelor înregistrate la examenul electroencefalografic:

Undele:
a. Alfa (α).
b. Beta (β).
c. Delta (θ).
d. Teta (σ).

Caracteristicile:
1. La adulţi se determină numai în timpul somnului, iar la copii este o înregistrare caracteristică.
2. Preponderent, se depistează în regiunea occipitală. Dispare la deschiderea ochilor şi în timpul activităţii mintale.

3. Pot fi determinate în regiunea temporală la persoanele care au depăşit vârsta de 60 de ani.
4. Se înregistrează în regiunea frontală şi la pacienţii care utilizează barbiturate şi benzodiazepine.
5. Frecvenţa – 8–12 Hz.
6. Frecvenţa – 12–30 Hz.
7. Frecvenţa – 1-3 Hz.
8. Frecvenţa – 4–7 Hz.
9. Amplitudinea – 50 µV.
10. Amplitudinea – de la 10 la 20 µV.

3. Alegeţi paternurile (tipurile) înregistrărilor electroencefalografice normale şi patologice:

| Înregistrare EEG: | Paternul (tipul): |
|---|---|
| a. Normală. | 1. Silenţium electrocerebral. |
| b. Patologică. | 2. Înregistrare sub formă de platou (mai mică de 2 µV). |
| | 3. Unde sinusoide alfa. |
| | 4. Unde-vârf. |
| | 5. Unde beta. |

4. Asociaţi afirmaţiile referitoare la potenţialele evocate somestezice şi la cele ce ţin de stimularea transcraniană a cortexului motor:

| | |
|---|---|
| a. Potenţiale evocate somestezice. | 1. Sunt utilizate pentru confirmarea leziunilor sistemului senzitiv. |
| b. Stimularea transcraniană a cortexului motor. | 2. Permite determinarea întârzierii transmiterii impulsului prin căile motorii descendente. |
| | 3. Prin intermediul stimulării magnetice poate fi obţinută activarea directă a cortexului motor şi a segmentelor medulare. |
| | 4. Se aplică stimuli electrici puţin dureroşi cu frecvenţa de 5 excitaţii pe secundă pentru nervii median, tibial şi peronier. |
| | 5. Electrozii de înregistrare se aplică pe suprafaţa claviculei (punctul Erb), procesului spinos $C_2$, cortexului parietal controlateral pentru membrul superior şi deasupra măduvei lombare şi cervicale, cortexului parietal controlateral pentru membrele inferioare. |
| | 6. Prin metoda dată, introdusă de Marsden, are loc stimularea puţin dureroasă a celor mai mari neuroni motorii (probabil, a celuleor Betz) şi a axonilor cu cea mai rapidă conducere. |
| | 7. Se consideră că în cazurile stimulării măduvei cervicale are loc activarea radiculelor anterioare. |

8. Impulsurile sunt generate de 500 sau mai multe stimulări şi trec prin fibrele nervilor periferici, radiculele spinale, cordoanele posterioare, nucleii Burdach şi Goll, bulbul rahidian, lemniscusul medial, talamus şi cortexul senzitiv parietal.
9. Lentoarea de la punctul de stimulare şi punctul Erb sau măduva lombară indică afectarea nervilor periferici.
10. Încetinirea transmisiunii impulsului de la punctul Erb (sau măduva lombară) până la $C_2$ este în favoarea afectării radiculelor corespunzătoare sau a cordoanelor posterioare.
11. Diferenţa de timp dintre activarea corticală şi cea cervicală a muşchilor mâinii reprezintă viteza de conducere a neuronilor motorii corticali-cervicali (timpul central de conducere motorie).
12. Prezenţa leziunii în porţiunea lemniscusului medial şi căii talamo-parietale poate fi presupusă datorită întârzierii apariţiei răspunsurilor de pe cortexul parietal.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Tomografia prin emisie de pozitroni (PET – *Positron Emission Tomography*) este o investigație complementară costisitoare, deoarece necesită prezența unui ciclotron în apropiere, care ar genera izotopi radioactivi de carbon, azot, oxigen de scurtă durată.

2. Donchin, care a descoperit fenomenul de potențiale evocate cognitive, consideră că fenomenul este relatat de reprezentarea cerebrală a mediului ambiant.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. E, p. 154. | 1. B, C, p. 154. | 1. | A, p. 155. |
| 2. C, p. 154. | 2. A, C, p. 154. | a. 2, 5. | B, p. 170. |
| 3. D, p. 154. | 3. A, B, C, E, p. 154. | b. 1, 3, 4, p. 154. | |
| 4. A, p. 155. | 4. C, D, E, p. 155. | | |
| 5. E, p. 155. | 5. A, B, p. 155. | 2. | |
| 6. A, p. 156. | 6. B, C, D, E, p. 157. | a. 2, 5, 9. | |
| 7. B, p. 157. | 7. A, C, D, p.157–158. | b. 4, 6, 10. | |
| 8. D, p. 157. | 8. B, C, D, E, p. 159. | c. 3, 7. | |
| 9. A, p. 157. | 9. B, C, D, E, p. 160. | d. 1, 8, p. 159–160. | |
| 10. C, p. 158. | 10. A, B, C, D, p. 162. | | |
| 11. C, p. 159. | 11. D, E, p. 162. | 3. | |
| 12. E, p. 159. | 12. A, B, C, D, p. 163. | a. 3, 5, p. 159–160. | |
| 13. B, p. 160. | 13. A, B, D, E, p. 163. | b. 1, 2, 4, p. 160–161. | |
| 14. A, p. 162. | 14. A, B, C, D, p. 163. | | |
| 15. C, p. 162. | 15. A, B, C, p. 163. | 4. | |
| 16. D, p. 164. | 16. C, D, E, p. 164. | a. 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, p. 167. | |
| 17. B, p. 164. | 17. A, B, C, E, p. 165–166. | | |
| 18. A, p. 166. | 18. B, C, E, p. 166. | b. 2, 3, 6, 7, 11, p. 169. | |
| 19. B, p. 166. | 19. B, C, D, E, p. 169. | | |
| 20. E, p. 171. | 20. A, B, D, E, p. 170. | | |
| 21. A, p. 161. | 21. A, B, C, D, p. 170. | | |
| | 22. C, D, p. 170. | | |
| | 23. A, B, C, E, p. 170–171. | | |

# 10. SINDROAMELE MAJORE ALE SISTEMULUI NERVOS

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Cea mai frecventă plângere este:
   A. Durerea de cap.
   B. Indispoziția.
   C. Dereglarea memoriei.
   D. Tulburarea somnului.
   E. Durerea în regiunea lombară a coloanei vertebrale.

2. Indicați rata cefaleilor primare (adică, fără modificări organice):
   A. 85–90%.
   B. 100%.
   C. 90–92%.
   D. 30–50%.
   E. 20–40%.

3. Pilonul fundamental într-un diagnostic corect al cefaleei îl constituie:
   A. Examenul neuroimagistic.
   B. Examenul de laborator.
   C. Examenul neurologic obiectiv.
   D. Anamneza detaliată.
   E. Examenul fundului de ochi.

4. Care este cea mai frecventă greşeală în stabilirea diagnosticului de cefalee?
   A. Utilizarea metodelor instrumentale de diagnostic, în detrimentul unei anamneze complete.
   B. Inițierea unui tratament, în detrimentul unui examen neurologic obiectiv.
   C. Subaprecierea rezultatelor examenului de laborator.
   D. Supraaprecierea rezultatelor examenului neurologic obiectiv.
   E. Însemnările insuficiente făcute de medic în foaia de observație.

5. Constatarea edemelor în regiunea feței, cianoza mucoaselor în cadrul examenului obiectiv al unui bolnav cu cefalee ar putea sugera:
   A. Un hematom intracranian.
   B. O insuficiență venoasă.
   C. O hemoragie subarahnoidiană.
   D. O tumoare cerebrală.
   E. Un sindrom de hipertensiune intracraniană.

6. Numiți durerea de cap cu o incidență excepțional de mare:
   A. Cefaleea condiționată de hipertensiunea intracraniană.
   B. Cefaleea posttraumatică.
   C. Cefaleea cervicogenă.
   D. Cefaleea medicamentoasă.
   E. Cefaleea primară (esențială).

7. Tipic, aura în migrena cu aură durează:
   A. 4–72 ore.
   B. 20–30 minute.
   C. Câteva secunde.
   D. Nu mai puțin de 72 ore.
   E. Mai mult de 72 ore.

8. Cel mai frecvent, în migrena cu aură se întâlneşte aura:
   A. Olfactivă.
   B. Oftalmică sau vizuală.
   C. Vestibulară.
   D. Auditivă.
   E. Senzorială.

9. Semnele neurologice în migrena clasică dispar:
   A. În 4–72 de ore.
   B. În câteva minute (maximum peste 60 min.).
   C. În câteva secunde (maximum peste 60 sec.).
   D. În 20–30 minute.
   E. În decurs de 24–48 ore.

10. Sfârşitul unei versiuni tipice de migrenă cu aură este:
    A. „Scotomul scintilant".
    B. Hipersensibilitatea la lumină (fotofobia).
    C. Hipersensibilitatea la sunete (fonofobia).
    D. Grețurile şi vărsăturile.
    E. Instalarea somnului.

11. Prevalența migrenei la populație este de circa:
    A. 5%
    B. 10%.
    C. 15%.
    D. 20%.
    E. 25%.

12. Un rol determinant în procesul ciclic de patogeneză a migrenei îl au mecanismele:
    A. De eliberare a aminelor vasogene din pereții vaselor durei mater şi scalpului.
    B. De sinteză şi eliberare a serotoninei.
    C. De anomalii biochimice ale opioidelor, prostaglandinelor şi ale diverselor peptide.
    D. Cerebrale.
    E. Genetice.

13. Tratamentul profilactic al migrenei începe în cazul acceselor mai frecvente de:
    A. 1 pe lună.
    B. 2 pe lună.
    C. 5 pe an.
    D. 1 pe an.
    E. 1 pe săptămână.

14. Prevalența cefaleei tensionale la populație este de:
    A. 30–50%.

B. 10–20%.
C. 60–70%.
D. 80–90%.
E. 100%.

15. Indicați cea mai frecventă cauză a cefaleei de tip tensional:
A. Angoasa.
B. Anxietatea.
C. Depresia.
D. Ipohondria.
E. Isteria.

16. Indicați medicamentul care, de regulă, înlătură completamente durerea în hemicrania paroxismală:
A. Naproxenul.
B. Clonazepamul.
C. Alprazolamul.
D. Indometacina.
E. Papaverina.

17. În cazul unui traumatism craniocerebral cefaleea posttraumatică apare:
A. În primele14 zile.
B. După 30 de zile.
C. Între 15 şi 30 de zile.
D. După 3 luni.
E. Între 3 şi 6 luni.

18. „Lovitura de pumnal" este expresia pe care o utilizează foarte des pacienții cu cefalee cauzată de:
A. Cefaleea posttraumatică.
B. Hipertensiunea arterială (feocromocitom, eclampsie).
C. Hemoragia subarahnoidiană.
D. Consumul substanțelor chimice sau de sistarea lor.
E. Osteocondroza cervicală.

19. În SUA, al treilea loc, după cefaleea tensională şi după migrenă, îl ocupă:
A. Cefaleea condiționată de hipertensiunea intracraniană (HIC).
B. Durerea de cap la pacienții hipertensivi.
C. Cefaleea în ictusul cerebral hemoragic.
D. Cefaleea de abuz sau cefaleea medicamentoasă.
E. Cefaleea cervicogenă.

20. Realmente, cefaleea cervicogenă este condiționată doar de modificări vertebrale la nivelul:
A. $C_1$–$C_3$.
B. $C_4$–$C_5$.
C. $C_5$.
D. $C_6$.
E. $C_7$.

21. Drept cauză a neuronitei vestibulare se presupune:
A. Otita medie.
B. Traumatismul craniocerebral.

C. Intoxicațiile.
D. Virozele.
E. Hidropsul endolimfatic al capsulei otice.

22. Cea mai frecventă formă de vertij vestibular este considerat:
A. Vertijul fiziologic.
B. Vertijul din neuronita vestibulară.
C. Vertijul pozițional benign.
D. Vertijul din vestibulopatia recurentă benignă.
E. Vertijul din boala Ménière.

23. Răul de mare este provocat de:
A. O leziune centrală a sistemului vestibular.
B. O leziune periferică a sistemului vestibular.
C. Dereglările emoționale (anxietate, isterie) asociate cu hiperventilație, tahicardie, bradicardie etc.
D. Lezarea căilor vestibulare ascendente.
E. Disocierea puternică a sistemului vestibular și lipsa stimulării vizuale.

24. Surditatea acută este foarte rar întâlnită în:
A. Atacul ischemic de trunchi cerebral.
B. Boala Ménière
C. Vertijul de origine medicamentoasă.
D. Oscilopsie.
E. Ictusul cerebelos.

25. Se numește *oscilopsie*:
A. Senzația neplăcută de mișcări ritmice, vibrație a obiectelor nemișcate.
B. Episodul vertiginos de câteva secunde, care apare la anumite mișcări ale capului.
C. Diplopia, dizartria, tulburările de sensibilitate, hemipareza, sindromul Claude Bernard-Horner.
D. Surditatea unilaterală acută.
E. Hiporeflexia labirintică lateralizată.

26. Uneori, eficacitatea baclofenului e vădită în tratamenul:
A. Oscilopsiei.
B. Ictusului cerebelos.
C. Atacului ischemic de trunchi cerebral.
D. Sindromului vestibular central.
E. Vertijului fiziologic funcțional.

27. Actualmente, în hidrocefalia normotensivă se aplică:
A. Tratamentul conservator.
B. Șuntul Torkildsen.
C. Șuntul ventriculo-peritoneal.
D. Puncțiile lombare repetate.
E. Medicația antitoxoplasmoză.

28. Punctul central al tabloului clinic în demență îl constituie:
A. Mersul pacientului cu pași mici, precipitați, făcând impresia că tălpile sunt lipite de podea și bolnavul alunecă.
B. Dereglarea somnului.

C. Alterarea facultăților intelectuale.
D. Instabilitatea în poziția Romberg.
E. Disfazia semantică.

29. Indicați numărul de itemi pe care îi cuprinde *Mini-Mental State Examination* (MMS):
A. 10.
B. 20.
C. 30.
D. 40.
E. 50.

30. Conceptul clasic de demență vasculară (DV) cuprinde:
A. Orice demență ce se stabilește în consecința accidentelor vasculare cerebrale hemoragice sau ischemice.
B. Leziunile trunchiului cerebral cu implicarea sistemului cerebelos.
C. Tulburările metabolice, maladia Konovalov-Wilson, hipoparatireoidismul.
D. Scleroza multiplă și alte maladii cu afectarea mielinei.
E. Encefalopatia în infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV).

31. Scorul Hachinski (Hachinski et al., 1975) a fost propus pentru:
A. Distingerea diferitor varietăți anatomo-clinice în cadrul demenței vasculare.
B. Diferențierea demenței vasculare de demențele degenerative.
C. Identificarea formelor focale de demență vasculară.
D. Stabilirea criteriilor de diagnostic ale maladiei Binswanger.
E. Diagnosticarea demențelor corticale și subcorticale.

32. Indicați scorul Hachinski care este în favoarea diagnosticului de demență vasculară:
A. 16 puncte.
B. 8 puncte.
C. Mai mic de 4 puncte.
D. Mai mare sau egal cu 7 puncte.
E. 10–15 puncte.

33. Din punct de vedere neuropatologic, maladia Binswanger se caracterizează prin:
A. Afectarea arterelor de calibru mare prin ateroscleroză sau embolii de origine cardiacă.
B. Infarct bilateral cu sediul în teritoriul profund al arterelor cerebrale posterioare.
C. Afectarea substanței albe, numită *leucoaraioză*.
D. Degenerescența neurofibrilară.
E. Amiloidoza vasculară cerebrală.

34. Calcificarea idiopatică a ganglionilor bazali se mai numește:
A. Maladie Parkinson.
B. Coree Huntington.
C. Paralizie supranucleară progresivă.
D. Boală Fahr.
E. Maladie Binswanger.

35. Maladia ce provoacă deseori demența este:
   A. Sarcoidoza.
   B. Hidrocefalia cu presiune normală.
   C. Demența depresivă (pseudodemența).
   D. Maladia Alzheimer.
   E. Scleroza multiplă.

36. Gena codantă pentru peptida amiloidă (peptide β sau $A_4$) este localizată pe cromozomul:
   A. 7.
   B. 14.
   C. 21.
   D. 28.
   E. 35.

37. Enzima-cheie în lanțul biosintezei de acetilcolină este:
   A. Colinacetiltransferaza.
   B. Glucoroniltransferaza.
   C. α-L-iduronidaza.
   D. Ieduronatsulforaza.
   E. Glucozo-6-fosfataza.

38. În maladia Pick întotdeauna se păstrează:
   A. Lobul frontal.
   B. Lobul parietal.
   C. Sistemul hipocampo-amigdalian.
   D. Lobul temporal.
   E. Lobul occipital.

39. Numiți cea mai importantă tulburare de memorie la oamenii vârstnici, care poate fi tratată:
   A. Pseudodemența depresivă.
   B. Boala cu corpi Lewy difuzi (BCLD).
   C. Maladia Pick.
   D. Maladia Alzheimer.
   E. Maladia Binswanger.

40. Alegeți descrierea corectă a comei I (comei vigile) (după Mollaret și Gonlon, Bogolepov):
   A. Pacientul stă în poziție orizontală, identică cu cea a unui om care doarme; unele reflexe (strănutatul, căscatul) se păstrează.
   B. Bolnavul este inert, absent, areactiv, dar stimulenții dureroși și uneori verbali îl pot trezi. De regulă, tulburări de reflexe nu se constată.
   C. Pacientul nu mai poate fi trezit, dar funcțiile vegetative vitale (respirația, circulația, termoreglarea) se păstrează.
   D. La imposibilitatea de contact cu pacientul se mai adaugă și tulburări vegetative importante de nivel trunchiular: dereglări respiratorii și circulatorii, dereglări ale temperaturii corporale.
   E. Suprimarea funcțiilor vegetative (cardiovasculare, respiratorii de termoreglare) și motorii (atonie și areflexie totală) este exprimată maximal. Se constată midriază bilaterală, EEG – liniște electrică. Viața în această stare ireversibilă poate fi menținută doar prin mijloace artificiale.

41. Scorul total de 9–12 puncte după scala Glasgow indică:
   A. Stare de conştienţă completă.
   B. Somnolenţă.
   C. Obnubilare (sopor, stupoare).
   D. Comă.
   E. Moarte cerebrală.

42. Adesea, respiraţia Chein-Stokes se întâlneşte în:
   A. Traumatismele craniocerebrale.
   B. Accidentele vasculare cerebrale.
   C. Encefalite.
   D. Maladiile somatice.
   E. Tumorile de fosă craniană posterioară.

43. Respiraţia haotică denotă:
   A. Leziunea bilaterală în profunzimea emisferelor şi nucleilor bazali.
   B. Suferinţa metabolică a creierului.
   C. Hipoxemia.
   D. Atacul de panică.
   E. Leziunea bulbului rahidian.

44. Pentru deschiderea ochilor indusă printr-o stimulare dureroasă, pacientul este apreciat (după scala Glasgow) cu următorul număr de puncte:
   A. 5.
   B. 4.
   C. 3.
   D. 2.
   E. 1.

45. Pentru răspuns verbal confuz, dezorientat, pacientul este apreciat (după scala Glasgow) cu următorul număr de puncte:
   A. 5.
   B. 4.
   C. 3.
   D. 2.
   E. 1.

46. Pentru răspuns motor adaptat ordinului verbal, pacientul este apreciat (după scala Glasgow) cu următorul număr de puncte:
   A. 6.
   B. 5.
   C. 4.
   D. 3.
   E. 2.

47. Lezarea punţii Varolio duce la următoarea poziţie a ochilor:
   A. Spre partea opusă focarului, adică în direcţia hemiparezei.
   B. Spre focar, adică în partea opusă hemiparezei.
   C. Strabism divergent din contul globului ocular din partea focarului.
   D. Strabism convergent din contul globului ocular din partea opusă focarului.
   E. Strabism convergent bilateral.

48. Midriaza unilaterală cu absenţa reacţiei fotopupilare la pacientul comatos denotă:
   A. Leziunea mezencefalului.
   B. O comă hipoglicemică.
   C. O comă barbiturică.
   D. O angajare temporo-tentorială.
   E. O supradozare de pilocarpină.

49. Controlul fenomenului „ochi de păpuşă" la pacientul în stare de comă este contraindicat în cazul:
   A. Suspectării unei leziuni a protuberanţei.
   B. Leziunilor mezencefalului.
   C. Supradozei de narcotice.
   D. Ictusului cerebral ischemic sau hemoragic.
   E. Suspectării unor fracturi ale vertebrelor cervicale.

50. Care comă constituie prima problemă discutată (în legătură cu urgenţa pe care o impune) după eliminarea hipoglicemiei şi a unui hematom intracranian?
   A. Otrăvirea cu alcool.
   B. Starea de rău epileptic nonconvulsiv.
   C. Coma febrilă.
   D. Encefalopatia hipoxică acută.
   E. Encefalopatia hepatică.

51. Indicaţi perioada în care o comă regresează după un acces epileptic (comă postcritică):
   A. 30 minute.
   B. 1 oră.
   C. 3 ore.
   D. 24 ore.
   E. 48 ore.

52. Care dintre investigaţiile complementare enumerate mai jos elucidează starea de comă în cadrul unui status epileptic asimptomatic (status de absenţe)?
   A. Scanerul cerebral.
   B. Rezonanţa magnetică cerebrală.
   C. Electroencefalografia (EEG).
   D. Puncţia lombară.
   E. Potenţialele evocate somatosenzoriale (PESS).

53. De cele mai multe ori, într-o comă cauzată de dezechilibrul ionic e vorba de:
   A. Hipercalcemie pronunţată.
   B. Hipokaliemie.
   C. Hiperkaliemie.
   D. Hipocalcemie.
   E. Hiponatremie.

54. O injecţie de *flumazenil* poate duce la o reversibilitate a comei cauzate de:
   A. Otrăvirea cu antidepresive triciclice.
   B. Utilizarea izolată a benzodiazepinelor.
   C. Otrăvirea cu alcool.
   D. Supradozarea opiaceelor.
   E. Intoxicaţia cu oxid de carbon.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Este foarte important ca, în afară de analiza minuțioasă a cefaleei, în procesul de diagnosticare să se şină cont de următoarele momente:
   A. Prezența altor maladii neurologice concomitente.
   B. Prezența altor maladii somatice concomitente.
   C. Prezența tulburărilor afective (anxietate, stres, panică, depresie etc.).
   D. Prezența tulburărilor vegetative (distonie neurovegetativă, sindrom de hiperventilație, tetanie etc.).
   E. Completarea anchetei structurate pentru anamneza pacienților fără cefalee.

2. Indicați metodele de investigație suplimentare utilizate în cazul în care bolnavii prezintă ca simptom central cefaleea:
   A. Tomografia computerizată.
   B. Rezonanța magnetică nucleară.
   C. Radiografia craniului şi a sinusurilor, vertebrelor cervicale.
   D. Analiza generală şi biochimică a sângelui.
   E. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT).

3. Indicați cefaleele primare care se întâlnesc mai frecvent în experiența clinică:
   A. Migrena.
   B. Cefaleea tensională.
   C. Cefaleea *cluster* (în ciorchine).
   D. Cefaleea diversă, fără leziuni structurale.
   E. Cefaleea cronică paroxistică.

4. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la migrenă:
   A. Este o maladie cu manifestări paroxistice de cefalee, cu durata de 4–72 ore.
   B. La debut este deseori unilaterală.
   C. Are caracter pulsatil, de intensitate medie sau severă.
   D. Nu alterează activitatea cotidiană şi se reduce esențial la efort fizic.
   E. Este asociată cu grețuri, vome, fonofobie şi fotofobie.

5. Indicați ce manifestări se întâlnesc cel mai des în aura vizuală:
   A. Sclipiri scurte.
   B. Zigzaguri.
   C. Sfere („scotom scintilant").
   D. Filamente luminoase.
   E. Iluzia mişcării corpului sau a obiectelor din jur.

6. Indicați manifestările neurologice care pot apărea în migrena asociată:
   A. Hemipareza.
   B. Tulburări de sensibilitate.
   C. Tulburări oculomotorii.
   D. Semne meningiene.
   E. Semne de elongație.

7. Preparatele căror grupe sunt considerate actualmente cele de bază pentru jugularea atacurilor de migrenă?
   A. Antiinflamatoarele nesteroide.

B. Salicilatele.
C. Preparatele ergotaminei.
D. Triptanele.
E. Antidepresivele.

8. Indicați produsele, consumul cărora poate provoca vasoconstricție și, respectiv, acces de migrenă:
A. Vinul roșu.
B. Cașcavalul.
C. Nucile.
D. Mierea de albine.
E. Ciocolata.

9. Selectați sinonimele cefaleei tensionale:
A. Cefalee de hipertensiune intracraniană.
B. Cefalee cauzată de hipertensiunea arterială.
C. Cefaleea psihomiogenă.
D. Cefaleea de stres.
E. Cefaleea esențială.

10. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la cefaleea de tip tensional:
A. Este o entitate clinică care se manifestă prin episoade sau stări de dureri de cap, de intensitate ușoară și moderată, ce nu afectează activitatea zilnică și nu se amplifică la efort fizic.
B. Durerea este bilaterală, cu senzație de presiune, de constrângere sau de greutate și nu e pulsatilă.
C. Nu se asociază cu fono- și fotofobie.
D. Se asociază cu greață și vomă.
E. Cefaleea tensională episodică poate dura de la 30 de minute până la 7 zile, iar cea cronică – mai mult de 15 zile pe lună sau 180 de zile pe an.

11. Pacienții cu cefalee tensională afirmă că:
A. „Un cerc de metal îmi strânge capul".
B. „Capul mi-e strâns într-o menghină".
C. Au senzații neplăcute în interiorul craniului.
D. Au furnicături pe sub piele.
E. Durerea este brutală, sfredelitoare și penetrantă; apare noaptea, la aceeași oră (cefalee tip „deșteptător").

12. În majoritatea cazurilor, cefaleea tensională este condiționată de:
A. Factorii psihogeni.
B. Conflictele intrapsihice.
C. Suprasolicitările fizice.
D. Panică.
E. Depresie.

13. Indicați pozițiile care pot provoca încordarea antifiziologică a mușchilor și, respectiv, cefaleea tensională:
A. Lucrul la computer.
B. Conducerea mașinii.
C. Încordarea vizuală în diferite profesii (dispecerat, observații microscopice etc.).

D. Săriturile în apă.
E. Lucrul de creație (poet, scriitor, cercetător științific etc.).

14. Depresia latentă marcată, care se prezintă ca o cefalee tensională, poate fi tratată cu doze suficiente de:
A. Analgezice (aspirină, paracetamol, citramon, sedalgină).
B. Miorelaxante (sirdalud).
C. Antidepresive tricilcice (amitriptilină).
D. Fluoxetină (framex, prozac).
E. Antibiotice.

15. Tratamentul atacului dureros în cefaleea „în ciorchine" se face cu ajutorul:
A. Dihidroergotaminei (spray nazal).
B. Triptanelor.
C. Inhalației oxigenului pur timp de 10 minute.
D. Litiului carbonat.
E. Antagoniștilor ionilor de calciu (nimotop, verapamil, izoptin).

16. Criteriile cefaleei simptomatice sunt următoarele:
A. Este o cefalee eterogenă (cefaleea tensională cronică, migrenă cronică, asocierea lor), care are loc zilnic sau aproape zilnic, mai mult de 4 zile pe săptămână sau mai mult de 15 zile pe lună, cu durata cotidiană de 4 sau mai multe ore pe zi.
B. Prezența simptomelor și semnelor clinice ale maladiei de bază.
C. Rezultatele investigațiilor suplimentare (de laborator și instrumentale) confirmă maladia de bază.
D. Prezența legăturii cauzale între boala de bază și cefalee.
E. Cefaleea dispare la tratamentul eficace al maladiei de bază.

17. Indicați maladiile care provoacă deseori hipertensiunea intracraniană:
A. Tumoarea cerebrală.
B. Isteria.
C. Meningita.
D. Encefalita.
E. Abcesul cerebral.

18. Selectați afirmațiile corecte referitoare la durerea de cap la pacienții hipertensivi:
A. Apare la creșterea bruscă a tensiunii arteriale diastolice (mai mult de 25%).
B. Dispare peste 24 de ore, după normalizarea tensiunii arteriale.
C. În majoritatea cazurilor, cefaleea este de origine mixtă: condiționată de creșterea bruscă a tensiunii arteriale, legată de insuficiența venoasă și asociată cu cefaleea tensională.
D. Coincide în timp cu utilizarea medicamentelor hipotensive.
E. Injecțiile locale (novocaină, lidocaină, hidrocortizon) în punctele de proiecție ale nervului occipital reduc durerea, având în același timp și o importanță diagnostică.

19. Tratamentul pacienților cu cefalee de abuz (cefalee medicamentoasă) include:
A. O discuție explicativă.
B. Dublarea dozei de antalgici.
C. Dezintoxicarea pacienților în condiții de staționar.

D. Antidepresivele.
E. Ergotaminele şi triptanele.

20. Indicaţi sistemele responsabile de orientarea şi stabilitatea spaţială:
A. Olfactiv.
B. Vizual.
C. Auditiv.
D. Vestibular.
E. Somato-senzitiv.

21. Selectaţi afirmaţiile corecte referitoare la vertijul veritabil (vertigo):
A. Este condiţionat de o leziune centrală sau periferică a sistemului vestibular.
B. Apare o iluzie a mişcării corpului sau obiectelor din jur, asociată cu senzaţii de rotire, cădere, înclinare sau balansare.
C. Este asociat cu simptome vegetative (greaţă, vomă, transpiraţie, tahicardie).
D. Este asociat cu simptome afective (anxietate, panică).
E. Niciodată nu este însoţit de nistagmus. Pacientul este stabil în poziţia Romberg, nu se clatină la mers.

22. Triada clasică a maladiei Ménière este reprezentată prin:
A. Tulburare de echilibru la mers, ce poate persista.
B. Diminuare tranzitorie a simţului olfactiv.
C. Vertij episodic rotatoriu.
D. Acufene unilaterale.
E. Pierderea fluctuantă a auzului.

23. Sindromul vestibular central prin leziunea căii vestibulo-oculogire se caracterizează prin:
A. Diminuare tranzitorie a auzului.
B. Vertij nesistemic, de intensitate mică sau moderată.
C. Un nistagmus adesea în mai multe direcţii: orizontală, verticală sau rotativă.
D. Hipoacuzie unilaterală amplificată de acufene.
E. O instabilitate nesistemică în proba Romberg, deseori retropulsie.

24. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la sindromul vestibular central:
A. Semnele fizice nu sunt proporţionale cu datele examenului clinic şi nici nu evoluează paralel cu ele.
B. Pot fi prezente şi semne neurologice asociate (în cadrul altor sisteme).
C. Nu este o hiporeflexie labirintică lateralizată şi nici surditate unilaterală.
D. Cel mai des se întâlneşte în maladiile ce pot afecta direct sau indirect trunchiul cerebral şi cerebelul.
E. Reprezintă doar 6% din cauzele vertijului.

25. Indicaţi maladiile în care vertijul vestibular central se întâlneşte cel mai frecvent:
A. Ischemia medulară.
B. Ictusul cerebelos.
C. Scleroza multiplă.
D. Tumorile de fosă craniană posterioară.
E. Migrena bazilară.

26. Hidrocefalia normotensivă se caracterizează prin:
A. Sindrom hipertensiv intracerebral.

B. Demență.
C. Apraxia mersului.
D. Incontinență de urină.
E. Incontinență de mase fecale.

27. Maladiile ce pot provoca demența se clasifică în următoarele categorii principale:
A. Maladii ce afectează alte organe (ficatul, rinichii etc.), fără a afecta direct creierul.
B. Maladii însoțite de afectarea creierului, asociate cu simptome neurologice: tumori cerebrale, traumatisme cerebrale, maladiile Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Parkinson etc.
C. Demențe primare pentru a caracteriza formele, prezentând o simptomatologie esențial limitată la demență: atât maladia Alzheimer, cât şi alte maladii degenerative non-Alzheimer.
D. Maladii oncologice cu implicarea secundară a creierului (encefalita limbică paraneoplazică).
E. Maladii de sistem cu afectarea primitivă a vaselor cerebrale (vasculite cerebrale).

28. Criteriile utilizate în mod curent pentru stabilirea diagnosticului de demență (criteriile DSM-IIIR) sunt următoarele:
A. Punerea în evidență a alterării memoriei pe termen scurt şi de lungă durată.
B. Prezența a cel puțin uneia din manifestări: alterarea gândirii abstracte; alterarea raționamentului; afazie, apraxie sau agnozie; alterarea personalității.
C. Perturbările A şi B, care tulbură în mod semnificativ activitățile profesionale sau sociale ori relațiile cu semenii.
D. Apare în mod exclusiv în evoluția unui „delirium" (stare de confuzie).
E. Una din următoarele condiții: (1) punerea în evidență a factorilor organici specifici considerați etiologic legați de perturbare; (2) factorul organic este presupus, dacă nici o tulburare mentală sau organică nu poate explica simptomele.

29. Indicați formele anatomo-clinice de demențe vasculare:
A. Demența prin infarcte multiple.
B. Maladia Alzheimer.
C. Maladia Pick.
D. Formele focale de demență vasculară.
E. Maladia Binswanger.

30. Indicați criteriile clinice propuse de Cummings pentru identificarea demenței subcorticale:
A. E prezentă afazia amnestică.
B. Se manifestă tulburări afective.
C. Se manifestă tulburări ale posturii.
D. Sunt prezente hiperkineziile.
E. Este prezentă dizartria.

31. Maladia Alzheimer este însoțită de atrofie şi moarte neuronală progresivă cu sediul în:
A. Lobii frontali.

B. Lobii parietali.
C. Lobii temporali.
D. Sistemul hipocampo-amigdalian.
E. Lobii occipitali.

32. Leziunile cele mai caracteristice ale maladiei Alzheimer sunt:
A. Degenerescențele neurofibrilare.
B. Plăcile senile.
C. Amiloidoza vasculară cerebrală.
D. Glioza astrocitară considerabilă.
E. Spongioza însemnată a parenchimului cerebral.

33. Schematic, în evoluția maladiei Alzheimer se deosebesc următoarele stadii:
A. Pseudodepresivă.
B. Amnezică.
C. Astenică.
D. Demențială.
E. Vegetativă.

34. Tomografia computerizată cerebrală şi rezonanța magnetică nucleară depistează la bolnavii cu maladia Alzheimer:
A. Modificări atrofice cerebrale (biparietale, bitemporale).
B. Atrofie selectivă pronunțată a lobilor frontali.
C. Lărgirea sistemului ventricular.
D. Lărgirea spațiilor subarahnoidiene.
E. Acumulări de cupru în nucleii cenuşii striopalidari.

35. Care dintre funcțiile enumerate mai jos sunt intelectuale?
A. Abstracția.
B. Judecata.
C. Propriorecepția.
D. Autocritica.
E. Atenția.

36. Reducerea limbajului în maladia Pick se manifestă prin:
A. Parafazii.
B. Uitarea verbelor.
C. Uitarea substantivelor.
D. Repetarea unor şi aceloraşi cuvinte.
E. Repetarea unor şi aceloraşi fraze.

37. Indicați afirmațiile corecte referitoare la maladia Pick:
A. Bulimia e frecventă chiar de la debutul maladiei.
B. Sunt pozitive semnele de prehensiune patologică.
C. Akinezie, rigiditate şi tremurături.
D. Electroencefalograma (EEG) este normală.
E. Tomografia computerizată (CT) cerebrală evidențiază o dilatare simetrică a ambelor cornuri frontale.

38. Boala cu corpi Lewy difuzi (BCLD) se caracterizează prin:
A. Demență instalată progresiv.

B. Manifestări psihice.
C. Lipsa manifestărilor extrapiramidale.
D. Incluziuni în citoplasma neuronilor cortexului, corpi Lewy.
E. Fluctuația puternică a deficitelor cognitive.

39. Conştienţa este:
A. Posibilitatea de memorizare şi concentrare.
B. Orientarea în timp.
C. Orientarea în spaţiu.
D. Prezenţa dispoziţiei pentru orice activitate.
E. Cunoaşterea propriei persoane.

40. Din punct de vedere fiziologic, conştienţa include următoarele componente:
A. Procesul de activare.
B. Conţinutul conştienţei.
C. Limbajul.
D. Praxiile.
E. Reflexele arhaice.

41. Numiţi mecanismele de tulburare a conştienţei:
A. Leziunea difuză a cortexului emisferei cerebrale stângi.
B. Leziunea difuză a cortexului emisferei cerebrale drepte.
C. Leziunea difuză şi bilaterală a cortexului cerebral.
D. Leziunea trunchiului cerebral.
E. Combinarea leziunilor trunculare şi corticale bilaterale.

42. Suferinţa căilor nervoase ce provoacă tulburări de conştienţă adesea este legată de un proces multifactorial ce rezultă din:
A. Un proces difuz sau multifocar ce influenţează metabolismul neuronal (anoxie, tulburări metabolice, intoxicaţii).
B. Leziuni structurale ce afectează selectiv partea ascendentă a formaţiunii reticulate sau difuz emisferele cerebrale.
C. Repercusiunea la distanţă a unui focar lezional asupra structurilor axiale prin intermediul unei hipertensiuni intracraniene (HIC).
D. Angajarea, adică deplasarea, ţesutului cerebral în conformitate cu gradientul de presiune.
E. Factorul psihologic.

43. Răspunsurile căror întrebări au importanţă decisivă în majoritatea cazurilor pentru soarta pacientului aflat în comă?
A. Este, oare, o comă organică sau pseudocomă (funcţională, psihogenă)?
B. Este, oare, prezentă „moartea creierului"?
C. În cazul unei come organice este vorba de un proces difuz (coma metabolică) sau de un proces local, de focar (coma neurogenă)?
D. Care este patogenia stării comatoase?
E. Care este etiologia stării comatoase?

44. Scala Glasgow de apreciere a profunzimii comei este construită în baza aprecierii cantitative a următoarelor răspunsuri esenţiale:
A. Deschiderea ochilor.
B. Deschiderea gurii.

C. Protruzia limbii.
D. Verbal.
E. Motilitatea membrelor.

45. Indicaţi fenomenele de motilitate care sunt semne elocvente ale unei come metabolice:
A. Mişcări generalizate ale membrelor, trunchiului corpului, capului.
B. Mioclonia.
C. Asterixisul.
D. Extensia membrelor superioare.
E. Flexia mâinilor şi extensia picioarelor.

46. Care dintre stările enumerate mai jos pot fi confundate cu stările comatose?
A. Somnul profund.
B. Simularea conştientă.
C. Mutismul akinetic.
D. Deaferentaţia motorie (locked-in syndrome).
E. Starea vegetativă.

47. Mutismul akinetic rezultă din:
A. Leziune frontală bilaterală.
B. Hidrocefalie acută.
C. Leziune a formaţiunii reticulate mezencefalice.
D. Leziune protuberanţială prin tromboza arterei bazilare.
E. Mielinoză centrală.

48. Comunicarea cu un pacient aflat în stare de deaferentaţie motorie (locked-in syndrome) are loc prin:
A. Extensia membrelor inferioare.
B. Flexia membrelor superioare.
C. Proba cu ridicarea mâinilor şi lăsarea lor bruscă să cadă la nivelul feţei.
D. Clipire.
E. Mişcări ale globilor oculari pe verticală.

49. Care dintre stările enumerate mai jos pot provoca come reversibile?
A. Hipoglicemia.
B. Tumoarea infiltrativă a trunchiului cerebral.
C. Meningoencefalita.
D. Hematomul extradural.
E. Hematomul subdural.

50. Alegeţi semnele clinice ce ar indica o comiţialitate:
A. Crize convulsive generalizate.
B. Spasme tonice.
C. Secuse oculo-palpebrale.
D. Muşcături ale limbii şi mucoaselor cavităţii bucale.
E. Răspunsul motor al mimicii faciale sau al membrelor la stimulenţii algici.

51. Encefalopatia hepatică se manifestă prin:
A. Asterixis.
B. Hipertonie extrapiramidală.

C. Hiperventilaţie.
D. Miros dulceag din gură.
E. Hipotermie.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociaţi cifrele cu literele:

a. Cefaleea primară.
b. Cefaleea secundară.

1. Migrena.
2. Traumatismul.
3. Tulburările vasculare.
4. Cefaleea de tensiune.
5. Cefaleea *cluster* („în ciorchine").
6. Tulburările intracraniene nonvasculare.
7. Utilizarea substanţelor şi sistarea lor.
8. Infecţiile noncefalice.
9. Tulburările metabolice.
10. Tulburările structurilor faciale şi craniene.
11. Nevralgiile craniene, dureri ale trunchiurilor nervoase.
12. Diverse cefalee fără leziuni structurale.

2. Grupaţi preparatele medicamentoase utilizate în tratamentele simptomatic (de stopare) şi profilactic (de prevenire) ale acceselor de migrenă:

Tratamentul:
a. Simptomatic.
b. Profilactic.

Preparatele:
1. Acid acetilsalicilic.
2. Paracetamol.
3. Preparate mixte (sedalghin, pentalghin, spasmoveralgin).
4. Preparate din grupa antiinflamatoarelor nesteroide (naproxenul ş.a.).
5. Propranolol.
6. Atenolol.
7. Metoprolol.
8. Redergin.
9. Dihidroergotamină.
10. Digidergot.
11. Nimotop.
12. Verapamil.
13. Flunarizin.
14. Imigran.
15. Zomig.
16. Naramig.
17. Sandomigran.
18. Piritol.
19. Metisergid.
20. Amitriptilină.

3. Asociați cifrele cu literele:

a. Tulburări de comportament.
b. Simptome afective.

1. Pierderea orientării în propria persoană și neglijarea defectelor sale.
2. Depresie.
3. Dezinhibiție.
4. Anxietate.
5. Ideație suicidară.
6. Rigiditate mentală.
7. Distractibilitate.
8. Idei fixe.
9. Ipohondrie.
10. Impulsivitate.
11. Indiferență.

4. Indicați medicația de urgență în funcție de etiologia comei:

| Comă cauzată de: | Medicația: |
|---|---|
| a. Utilizarea izolată a benzodiazepinelor. | 1. Oxigenoterapia (cu valori normale și hiperbarică). |
| b. Supradozarea opiaceelor. | 2. Naloxonă. |
| c. Intoxicația cu oxid de carbon. | 3. Flumazenil. |

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Migrena cu aură mai este numită și *neurologică*, deoarece înainte de acces sau în timpul lui apar semne neurologice de focar de scurtă durată.
2. Cefaleea tensională nu se asociază cu fotofobie, greață, vomă; în schimb, ea, de regulă, este acompaniată de tulburări anxioase (mai ales cefaleea episodică) și depresive (varianta cronică).
3. Vertijul este un simptom foarte des întâlnit, dar insuficient cunoscut de marea majoritate a medicilor, din cauza maladiilor multiple care îl provoacă (neurologice, psihice, cardiovasculare, oftalmologice, ale urechii) și patogenezei complexe.
4. Identificarea unei afecțiuni cerebrovasculare presupune atât observarea semnelor de focare la examenul neurologic, cât și obiectivizarea leziunii vasculare prin metode neuroimagistice.
5. Orice comă este cauzată fie de o leziune neurologică (comă primară), asociată cu semne neurologice de focar, fie de o atingere metabolică sau toxică (comă secundară), care, de multe ori, prezintă semne neurologice simetrice.

## RĂSPUNSURI

**I.**

1. A, p. 172.
2. A, p. 172.
3. D, p. 172.
4. A, p. 172.
5. B, p. 172.
6. E, p. 173.
7. B, p. 174.
8. B, p. 174.
9. B, p. 174.
10. E, p. 174.
11. C, p. 174.
12. D, p. 175.
13. B, p. 175.
14. A, p. 176.
15. C, p. 177.
16. D, p. 178.
17. A, p. 179.
18. C, p. 180.
19. D, p. 181.
20. A, p. 181.
21. D, p. 182.
22. C, p. 182.
23. E, p. 183.
24. A, p. 183.
25. A, p. 183.
26. A, p. 184.
27. C, p. 186.
28. C, p. 186.
29. C, p. 187.
30. A, p. 188.
31. B, p. 188.
32. D, p. 188.
33. C, p. 190.
34. D, p. 190.
35. D, p. 191.
36. C, p. 191.
37. A, p. 192.
38. E, p. 192.
39. A, p. 194.
40. B, p. 196.
41. C, p. 197.
42. D, p. 197.
43. E, p. 197.
44. D, p. 197.
45. B, p. 197.
46. A, p. 197.
47. A, p. 198.
48. D, p. 198.
49. E, p. 198.
50. C, p. 201.
51. A, p. 202.
52. C, p. 202.
53. E, p. 202.
54. B, p. 203.

**II.**

1. A, B, C, D, p. 172.
2. A, B, C, D, p. 173.
3. A, B, p. 173.
4. A, B, C, E, p. 174.
5. A, B, C, D, p. 174.
6. A, B, C, p. 174.
7. C, D, p. 175.
8. A, B, C, E, p. 175.
9. C, D, E, p. 176.
10. A, B, C, E, p. 176.
11. A, B, C, D, p. 177.
12. A, B, D, E, p. 177.
13. A, B, C, p. 177.
14. C, D, p. 177.
15. A, B, C, p. 178.
16. B, C, D, E, p. 179.
17. A, C, D, E, p. 179.
18. A, B, C, p. 180.
19. A, C, D, E, p. 181.
20. B, D, E, p. 181.
21. A, B, C, D, p. 181.
22. C, D, E, p. 183.
23. B, C, E, p. 183.
24. A, B, C, D, p. 183.
25. B, C, D, E, p. 183.
26. B, C, D, p. 186.
27. A, B, C, p. 187.
28. A, B, C, E, p. 187.
29. A, D, E, p. 188–189.
30. B, C, D, E, p. 190.
31. B, C, D, p. 191.
32. A, B, C, p. 191.
33. B, D, E, p. 192.
34. A, C, D, p. 192.
35. A, B, D, E, p. 192.
36. C, D, E, p. 192.
37. A, B, D, E, p. 193.
38. A, B, D, E, p. 193.
39. B, C, E, p. 194.
40. A, B, p. 194.
41. C, D, E, p. 194.
42. A, B, C, D, p. 195.
43. A, C, E, p. 196.
44. A, D, E, p. 196.
45. B, C, p. 198.
46. B, C, D, E, p. 199.
47. A, B, C, p. 199.
48. D, E, p. 199.
49. A, C, D, E, p. 200.
50. A, B, C, D, p. 201.
51. A, B, C, D, p. 202.

**III.**

1.
a. 1, 4, 5, 12.
b. 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, p. 173.

2.
a. 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 14, 15, 16. p. 175.
b. 5, 6, 7, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, p. 176.

3.
a. 1, 3, 6, 7, 10.
b. 2, 4, 5, 8, 9, 11, p. 193.

4.
a. 3.
b. 2.
c. 1, p. 203.

**IV.**

1.
A, p. 174.

2.
B, p. 176.

3.
B, p. 181.

4.
B, p. 188.

5.
B, p. 200.

# 11. BOLILE SISTEMULUI NERVOS PERIFERIC

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicaţi cele mai frecvente afecţiuni ale sistemului nervos:
   A. Bolile sistemului nervos periferic.
   B. Cefaleele primare.
   C. Accidentele vasculare cerebrale.
   D. Tumorile cerebrale şi medulare.
   E. Traumatismele craniocerebrale şi vertebro-medulare.

2. Conform datelor statistice, rata bolilor sistemului nervos periferic în structura bolilor sistemului nervos constituie circa:
   A. 8–10%.
   B. 20%.
   C. 30%.
   D. 40%.
   E. 50%.

3. Cea mai frecventă formă clinică a bolilor sistemului nervos periferic este:
   A. Radiculopatia (lombară, cervicală, toracică).
   B. Gangliopatia.
   C. Plexopatia.
   D. Funiculopatia.
   E. Polineuropatia.

4. Indicaţi formaţiunea anatomică care constituie partea intrarahidiană a nervilor spinali:
   A. Rădăcinile spinale.
   B. Nervii intercostali.
   C. Plexurile.
   D. Funiculii.
   E. Joncţiunea neuro-musculară.

5. Rădăcinile spinale dorsale (toracice) sunt prezente în număr de:
   A. 5.
   B. 7.
   C. 8.
   D. 10.
   E. 12.

6. Cele două rădăcini medulare se unesc, pentru a forma nervul rahidian, în locul care se numeşte:
   A. Şanţul colateral posterior.
   B. Ieşirea din gaura de conjugare.
   C. Ganglionul spinal.
   D. *Cauda equina*.
   E. Plex cervico-dorsal.

7. Plexul brahial este format din fuziunea rădăcinilor:
   A. $C_2$–$C_4$.
   B. $C_4$–$Th_1$.
   C. $C_5$–$Th_2$.
   D. $C_6$–$Th_3$.
   E. $C_7$–$Th_4$.

8. Una din cauzele cele mai frecvente de suferință a plexului brahial este/sunt:
   A. Virozele.
   B. Difteria.
   C. Dizenteria.
   D. Botulismul.
   E. Traumatismul.

9. Indicați ce parte componentă a plexului brahial suferă în special prin paralizia de cârjă:
   A. Trunchiul secundar posterior.
   B. Trunchiul superior.
   C. Trunchiul mediu.
   D. Trunchiul inferior.
   E. Fasciculul lateral.

10. În sindromul Pancosta-Tobias plexul brahial este lezat de:
   A. Un anevrism al arterei carotide comune.
   B. Cancerul apexului de plămân.
   C. Coasta cervicală.
   D. Discopatia cervicală.
   E. Pahimeningita cervicală hipertrofică.

11. „Grifă cubitală" este numită poziția mâinii cauzată de afectarea nervului:
   A. Musculocutanat.
   B. Subclavicular.
   C. Ulnar.
   D. Radial.
   E. Median.

12. Cele mai frecvente cauze locale de suferință a nervului ulnar sunt:
   A. Fracturile de claviculă.
   B. Traumatismele directe prin glonte sau instrumente tăioase.
   C. Traumatismele din timpul nașterii.
   D. Compresiunile de origine externă.
   E. Compresiunile de tunel.

13. Urcarea pe scări și ridicarea de pe scaun sunt foarte anevoioase în afectarea:
   A. Nervului crural.
   B. Nervului ischiatic.
   C. Nervului peronier comun.
   D. Nervului tibial.
   E. Plexului lombosacrat.

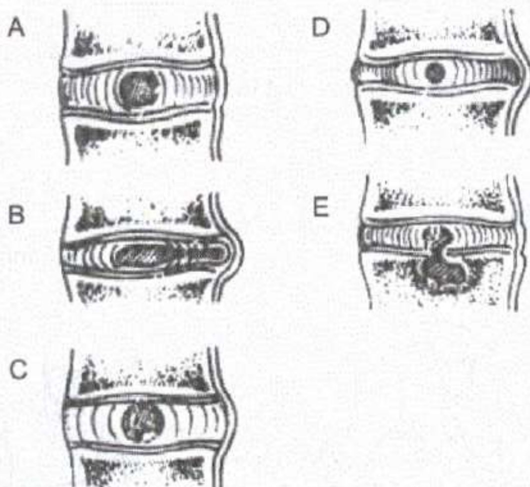
14. Afectarea nervului peronier comun condiţionează o atitudine specială a piciorului, care se numeşte:
   A. „Plantă calcanee".
   B. „Plantă atârnând".
   C. „Picior scobit".
   D. „Degete în ciocan".
   E. „Picior în *valgus ecvar*".

15. Cea mai frecventă cauză a afectării nervului tibial este:
   A. Hernia de disc interveretebral $L_5$-$S_1$.
   B. Traumatismul.
   C. Procesele inflamatorii.
   D. Factorii iatrogeni.
   E. Intoxicaţiile endogene.

16. Majoritatea nevralgiilor lombare şi brahiale sunt de origine:
   A. Infecţioasă.
   B. Toxică endogenă.
   C. Toxică exogenă.
   D. Tumorală.
   E. Vertebrală.

17. Conflictul disco-radicular determină următorul procentaj de nevralgie lombosciatică:
   A. 100%.
   B. 90%.
   C. 80%.
   D. 70%.
   E. 60%.

18. Care figură reprezintă hernie de disc?




19. Vârsta de predilecţie pentru herniile de disc este:
   A. Între 16 şi 25 de ani.
   B. Între 20 şi 30 de ani.

C. Între 30 şi 45 de ani.
D. Între 45 şi 50 de ani.
E. Între 50 şi 65 de ani.

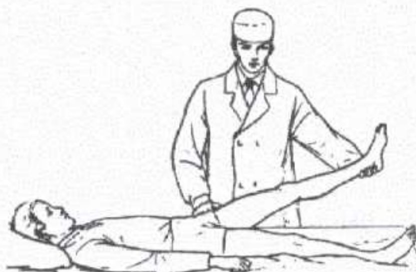
20. Aproximativ 70% din herniile de disc apar la persoanele care:
A. Sar de la înălţime.
B. Se supun factorului de răcire.
C. Au predispoziţie ereditară.
D. Se află timp îndelungat în poziţie şezând.
E. Depun eforturi fizice.

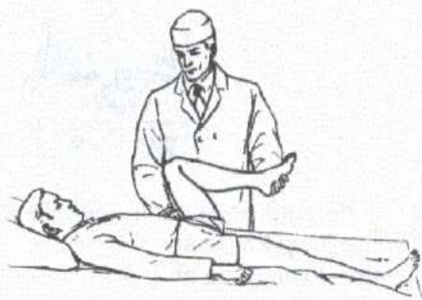
21. Cel mai des hernia de disc apare în regiunea:
A. Cervicală.
B. Toracică.
C. Lombară.
D. Sacrată.
E. Coccigiană.

22. De cele mai multe ori, hernia de disc este localizată:
A. Lateral.
B. Medial.
C. Bilateral.
D. Anterior.
E. Posterior.

23. Hernia de disc $C_5$ (interesând rădăcina $C_6$) produce abolirea sau diminuarea reflexului:
A. Humeroscapular.
B. Bicipital.
C. Tricipital.
D. Carpo-radial.
E. Iacobson-Lasca.

24. Care semn de elongaţie e reprezentat în figuri?
A. Lasegue.
B. Bechterew.
C. Neri.
D. Wassermann.
E. Shanrley.





25. Alegeți descrierea corectă a semnului de elongație Sequard:
   A. Durere în regiunea lombară şi în membrul inferior la anteflexia capului.
   B. Limitarea extensiei, bolnavul fiind în decubit ventral.
   C. Dureri în regiunea lombară şi pe partea dorsală a piciorului, atunci când unghiul de ridicare a lui atinge 30°–40°.
   D. Durere în partea dorsală a gambei la o extensie a plantei.
   E. Dureri în partea posterioară a gambei la flexia dorsală a halucelui.

26. Compresiunea cărei rădăcini provoacă abolirea reflexelor achilian şi medioplantar?
   A. $S_1$.
   B. $L_5$.
   C. $L_3$.
   D. $L_4$.
   E. $L_2$.

27. În care sindroame, la palparea în regiunea lombară, pot fi evidențiate nodulul Corneliuss şi hipertonusul Müller?
   A. Sindromul lombar vertebrogen reflex.
   B. Lumbago.
   C. Lumbalgie.
   D. Lumboişalgie.
   E. Sindromul muşchiului piramidal al bazinului.

28. În perioada remisiunii, bolnavului cu radiculopatie vertebrogenă i se recomandă:
   A. Tratament chirurgical.
   B. Ionizări cu novocaină.
   C. Terapie manuală.
   D. Preparate anabolice (retabolil, nerabolil şi metiluracil).
   E. Tratament balneo-sanatorial.

29. Ataxia senzitivă în polineuropatii apare pe motiv de:
   A. Deficit motor în extremitățile membrelor.
   B. Mers stepat.
   C. Dereglare a sensibilității profunde în extremități.
   D. Cauzalgie.
   E. Parestezii cu aspect divers.

30. Poate fi însoțită de dilatarea pupilei polineuropatia:
   A. Infecțioasă primitivă.
   B. Difterică.
   C. Botulinică.
   D. Alcoolică.
   E. Arsenică.

31. În care perioadă, după tulburările de intoxicație botulinică gravă, se pot instala semnele clinice de suferință a sistemului nervos:
   A. De la 2 până la 5 ore.
   B. 5–10 ore.
   C. 10–12 ore.
   D. 12 ore – 1 săptămână.
   E. 1 săptămână – 1 lună.

32. Uneori, sindromul Korsakov apare în polineuropatia:
   A. Sturnină.
   B. Etilică.
   C. Arsenică.
   D. Diabetică.
   E. Gripală.

33. În care maladie se dezvoltă cel mai des polineuropatia în formele subclinice, așa-zisele „cazuri ușoare", când terapia cauzală nu este administrată?
   A. Diabet zaharat.
   B. Insuficiență hepatică.
   C. Uremie.
   D. Amiloidoză.
   E. Porfirie.

34. Indicați rata de afectare a nervilor cranieni în poliradiculonevrita acută:
   A. 20%.
   B. 30%.
   C. 40%.
   D. 50%.
   E. 60%.

35. În poliradiculonevrita acută, dintre nervii cranieni cel mai afectat este nervul:
   A. Optic.
   B. Oculomotor comun.
   C. Trigemen.
   D. Abducens.
   E. Facial.

36. Plasmafereza este o metodă eficientă în tratamentul:
   A. Polineuropatiei diabetice.
   B. Polineuropatiei arsenice.
   C. Poliradiculonevritei acute.
   D. Polineuropatiei saturnine.
   E. Nevritei de oculomotor comun.

37. Cele mai frecvente sunt paraliziile faciale:
   A. Denumite „a frigore", infecție de origine nedeterminată (probabil, virotică), a cărei apariție este favorizată de frig și umezeală, infecția burella.
   B. Cauzate de infecțiile, tumorile și dereglările vasculare de la nivelul punții Varolio.
   C. Provenite din leziunile protuberanței și conductului auditiv intern (meningită bazală, tumori la baza craniului, tumori ale unghiului ponto-cerebelos).
   D. Determinate de fracturi de bază craniană, lues sau nevrinom de acustic.
   E. Etiologia cărora sunt infecțiile structurilor din vecinătate (otita, otomastoidita).

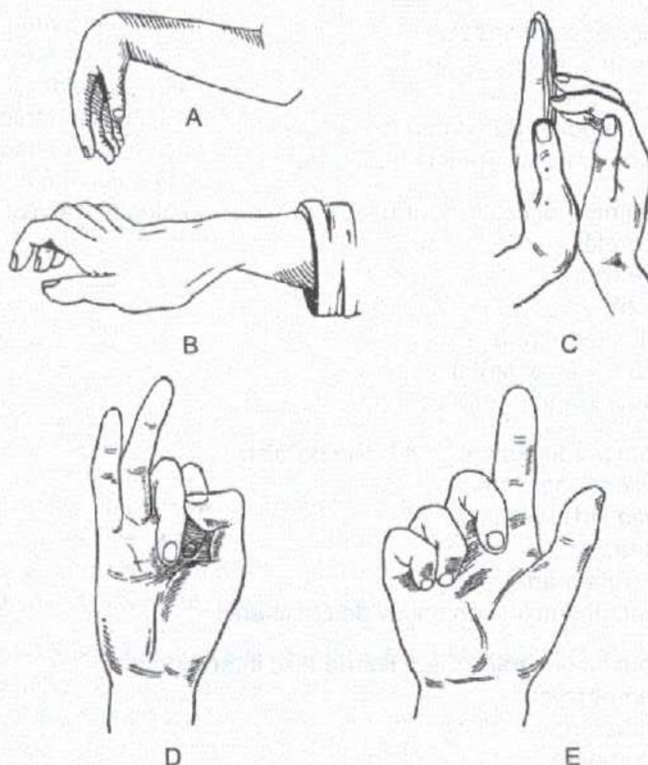
## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Indicați regiunea unde rădăcinile spinale au traiect vertical:
   A. Cervicală.
   B. Dorsală superioară.
   C. Dorsală medie.
   D. Lombară.
   E. Sacrată.

2. În funcție de sediul topografic al clasificării afecțiunilor sistemului nervos periferic, se deosebesc:
   A. Radiculopatii.
   B. Mielopatii.
   C. Gangliopatii.
   D. Plexopatii.
   E. Nevrite (neuropatii).

3. Prognosticul unei paralizii de plex brahial depinde de:
   A. Forma clinică.
   B. Gravitatea afectării nervilor.
   C. Vechimea leziunii.
   D. Rezultatele examenului electroneurografic.
   E. Tipul tratamentului: conservator sau chirurgical.

4. Care figură reprezintă suferința nervului radial?



5. Alegeți afirmațiile corecte, care descriu simptomatologia clinică de suferință a nervului cubital:
   A. Mână în formă de gheară (mâna capătă aspect scheletic).
   B. Flexia falangelor distale ale indexului şi mediusului nu poate fi efectuată.
   C. Bolnavul nu poate efectua mişcări în proba de zgâriere.
   D. Eminența hipotenară devine pală.
   E. Nu se poate face mişcarea de opoziție – testul policelui.

6. Nervul crural este constituit din unirea rădăcinilor:
   A. $L_1$.
   B. $L_2$.
   C. $L_3$.
   D. $L_4$.
   E. $L_5$.

7. Selectați afirmațiile corecte referitoare la simptomatologia clinică de suferință a nervului ischiatic:
   A. Toate mişcările piciorului şi ale degetelor sunt abolite, deoarece muşchii, ce acționează piciorul, sunt paralizați.
   B. Dispar reflexele achilian şi medioplantar.
   C. Pot să apară dureri spontane, deseori cu caracter cauzalgic.
   D. În regiunea gambei şi a piciorului apar atrofii musculare şi tulburări trofice.
   E. „Picior în valgus ecvin".

8. Indicați care mişcări active din cele enumerate mai jos sunt imposibile la afectarea nervului tibial:
   A. Toate mişcările piciorului.
   B. Ridicarea în vârful degetelor.
   C. A sta pe călcâie.
   D. Bolnavul nu poate bate tactul cu călcâiul.
   E. În mers, bolnavul se sprijină în călcâie.

9. Alegeți sinonimele utilizate pentru desemnarea patologiei nervilor periferici de origine vertebrală:
   A. Hernie de disc.
   B. Spondiloză.
   C. Discopatie vertebrală.
   D. Afectarea nodulilor limfatici.
   E. Osteocondroză vertebrală.

10. Indicați factorii predispozanți la herniile de disc:
   A. Anomaliile congenitale.
   B. Constituția individului.
   C. Obezitatea.
   D. Hipertensiunea arterială.
   E. Insuficiența țesutului conjunctiv de susținere.

11. Indicați factorii favorizanți ai herniilor de disc intervertebral:
   A. Imponderabilitatea.
   B. Herniile imature.
   C. Puncția lombară.

D. Sarcina şi naşterea.
E. Poziţia individului (în timpul lucrului).

12. În osteocondroza cervicală, cel mai des sunt comprimate rădăcinile:
A. $C_4$.
B. $C_5$.
C. $C_6$.
D. $C_7$.
E. $C_8$.

13. Tabloul clinic în sindromul simpatic cervical posterior se caracterizează prin următoarele simptome:
A. Durere de cap localizată în spatele gâtului, vârful capului, în frunte sau la tâmplă; durere orbitală şi facială.
B. Vertij rotatoriu.
C. Vâjâituri sincronizate cu pulsul.
D. Tulburări de vedere cu scotom scintilant.
E. Tulburări vasomotorii la extremităţile inferioare.

14. Cele mai frecvente sindroame vertebrogene reflexe sunt:
A. Sindromul simpatic cervical posterior.
B. Sindromul scapulo-humeral.
C. Sindromul umăr-mână.
D. Sindromul muşchiului scalen anterior.
E. Migrena bazilară.

15. Sindromul umăr-mână include următoarele manifestări clinice:
A. Tumefierea mâinii.
B. Pielea îşi schimbă culoarea, devenind lucioasă, lipsită de caracter plicatural.
C. Schimbări neuro-distrofice.
D. Schimbări tonico-musculare.
E. Limitarea funcţiei articulaţiei cubitale.

16. Hernia de disc lombară poate afecta mai des rădăcinile:
A. $S_1$.
B. $L_5$.
C. $L_4$.
D. $L_3$.
E. $L_2$.

17. Localizarea punctelor Valleix în osteocondroza lombară este următoarea:
A. Punctul parasternal.
B. Punctul sacro-iliac (la nivelul incizurii sciatice).
C. Punctele femurale (pe faţa posterioară a coapsei).
D. Punctul peroneotibial (la nivelul capului peroneu).
E. Punctul maleolar extern, punctul plantar.

18. Care dintre afirmaţiile de mai jos se referă la sciatica paralizantă?
A. Este un sindrom vascular radicular.
B. Adesea, se declanşează în cazul unei radiculopatii lombare $L_5$ cu sindrom algic violent.

C. După un timp, sindromul algic violent dispare, apoi apare o pareză distală a piciorului.
D. Mersul este stepat, reflexul achilian lipseşte.
E. Se depistează dereglări ale sensibilităţii tip „jockey" („pantalonii călăreţului").

19. Pentru precizarea diagnosticului afecţiunilor sistemului nervos în osteocondroza vertebrală, se pot utiliza următoarele investigaţii complementare:
A. Radiografia simplă.
B. Pneumoencefalografia.
C. Epidurografia.
D. Tomografia computerizată (CT).
E. Rezonanţa magnetică nucleară (RMN).

20. Indicaţi măsurile ce se referă la tratamentul ortopedic al radiculopatiilor vertebrogene:
A. Antibiotice, corticosteroizi, derivaţi ai pirozolidonei.
B. Infiltraţii cu anestezice (intracutanat, paravertebral, intramuscular sau epidural).
C. Poziţia în pat a bolnavului trebuie să fie confortabilă.
D. Tracţiuni lente intermitente pe o masă specială.
E. Tracţiunea scheletală subacvatică.

21. Care polineuropatii se asociază deseori cu tulburări psihice?
A. Difterică.
B. Diabetică.
C. Paraneoplazică.
D. Alcoolică.
E. Saturnină.

22. Un rol important în patogenia polineuropatiei alcoolice îl joacă:
A. Carenţa tiaminică şi a altor vitamine din grupul B.
B. Dezechilibrul dintre aportul glucidic şi cel protidic.
C. Deshidratarea organismului.
D. Mişcările bruşte ale coloanei vertebrale cu complicaţii vasculare medulare secundare.
E. Ateroscleroza precoce a vaselor de calibru mare.

23. Indicaţi semnele caracteristice ale polineuropatiei saturnine:
A. Nevrita optică.
B. Dunga gingivală Burton.
C. Hematii cu granulaţii eozinofile.
D. Creşterea porfirinelor în sânge.
E. Creşterea plumbului în sânge.

24. Indicaţi semnele precoce ale polineuropatiei diabetice:
A. Tulburări motorii, care se evidenţiază în extremităţile mâinilor – paralizie tip antebrahial, radial bilateral.
B. Agitaţii, halucinaţii, dereglări vizuale.
C. Parestezii în partea distală a membrelor inferioare.
D. Tulburări trofice.
E. Abolirea reflexelor achiliene.

25. Poliradiculonevrita acută poate apărea după:
A. Traumatisme vertebro-medulare grave.
B. Agresiuni infecţioase virale (hepatită, mononucleoză infecţioasă, oreion, rujeolă etc.).
C. Agresiuni infecţioase microbiene (septicemii, infecţii focalizate amigdaliene, procese supurative, difterie, bruceloză, borrelioză etc.).
D. Vaccinoterapie şi seroterapie.
E. Intervenţii chirurgicale, intoxicaţii în cazuri neoplazice.

26. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la tulburările de sensibilitate în poliradiculonevrita acută:
A. Parestezii şi dureri spontane în membre, cu caracter fulgurant.
B. Durerile în membre se juguleaza la compresiunea maselor musculare şi în manevrele de elongaţie.
C. Sensibilitatea este dereglată, tip distal ce tinde spre ascendenţă la nivelul toracelui sau chiar la un nivel şi mai înalt.
D. Se caracterizează prin pierderea izolată a sensibilităţii epicritice.
E. Pot apărea crize jacksoniene senzitive.

27. Nevrita oculomotorului comun şi trohlearului poate fi provocată de:
A. Difterie.
B. Gripă.
C. Hernie de disc intervertebral $C_6$.
D. Anevrism carotidian.
E. Tromboflebită de sinus cavernos.

28. Nervul oculomotor extern (abducens) este cel mai vulnerabil, deoarece:
A. Nu se asigură inervaţia controlaterală a muşchiului drept extern.
B. Se află în vecinătatea sinusului cavernos.
C. Intră în orbită prin fanta orbitară superioară.
D. Are cel mai lung traiect subarahnoidian.
E. Este cel mai subţire nerv cranian.

29. Indicaţi maladiile care pot să se manifeste prin diplegie facială:
A. Poliomielita anterioară acută.
B. Poliradiculonevrita.
C. Meningita bazală.
D. Tumorile de bază craniană.
E. Tumora de unghi ponto-cerebelos.

30. Crizele de nevralgie glosofaringiană sunt declanşate de:
A. Atingerea mecanică a feţei.
B. Actul masticaţiei.
C. Actul deglutiţiei.
D. Tuse.
E. Căscat.

31. Tratamentul chirurgical al nevralgiei glosofaringiene cuprinde următoarele metode:
A. Alcoolizarea zonei reflexogene.
B. Neuroliza ganglionului Gasser.
C. Blocade cu novocaină.

D. Secționarea nervului dintre bulb și locul de intrare în gaura ruptă posterioară.
E. Secționarea nervului după emergența lui din gaura ruptă posterioară.

32. Cauzele ce determină cel mai des nevralgia ganglionului sfenopalatin sunt:
A. Procesele inflamatoare cronice ale sinusului sfenoid.
B. Procesele inflamatoare cronice ale sinusului etmoid.
C. Tonsilitele.
D. Procesele inflamatoare cronice ale sinusului frontal.
E. Sifilisul.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați manifestările clinice proprii fiecărui tip de lezare a plexului brahial:

Tipul:
a. Superior ($C_5$–$C_6$) Duchenne-Erb.
b. Inferior ($C_8$–$D_1$) Dejerine-Clumpke.
c. Total Sherer.

Simptomatologia:
1. Deficit motor complet al întregului membru superior.
2. Braț inert cu abolirea mișcărilor în articulația umărului.
3. Imobilitatea mâinii.
4. Atrofii ale mușchilor umărului și în loja anterioară a brațului.
5. Aspect de mână simiană.
6. Flascitate și atrofii musculare globale.
7. Tulburări de sensibilitate ce cuprind întregul membru superior.
8. Hipoestezie internă a mâinii și antebrațului.
9. Reflexul cubitopronator este diminuat sau abolit.
10. Hipoestezie externă a brațului și antebrațului.
11. Mișcările mâinii și degetelor sunt păstrate.
12. Sindromul Claude Bernar-Horner pozitiv.

2. Repartizați simptomatologia clinică în funcție de nervul afectat:

Nervul afectat:
a. Radial.
b. Median.

Simptomatologia clinică:
1. Mână „în gât de lebădă".
2. Mână simiană.
3. Falanga distală a degetului mare nu poate fi flexată.
4. Testul îndepărtării palmelor și degetelor – pozitiv.
5. Sunt abolite sau diminuate reflexele stiloradial și tricipital.
6. Reflexul cubitopronator este diminuat sau abolit.

3. Repartizați semnele clinice statice şi radiculare ale sindromului compresiv lombar:

Tabloul clinic prin:
a. Dereglări statice.
b. Dereglări radiculare.

Simptomatologia:
1. Lordoza lombară este ştearsă.
2. Lombalgie.
3. Sciatică.
4. Durerea creşte de la regiunea fesieră până la toată suprafața posterioară a membrului inferior.
5. Poziție antalgică forțată cu corpul înclinat anterior şi lateral.
6. Anteflexia şi retroflexia sunt limitate.
7. Scolioză directă sau încrucişată.

4. Asociați neuropatia craniană cu simptomatologia clinică posibilă:

Neuropatie de:
a. Glosofaringian.
b. Hipoglos.

Simptomatologia:
1. Hipoestezie sau anestezie pe faringe şi pe treimea posterioară a limbii.
2. Hemiatrofie linguală.
3. Fibrilații musculare ale limbii.
4. Tulburări ale gustului posterior vălului lingual, mai ales pentru gustul amar.
5. Reflexul faringian este diminuat sau abolit.
6. Limba scoasă din cavitatea bucală deviază spre partea bolnavă.
7. Afectarea bilaterală antrenează tulburări grave de deglutiție.
8. Afectarea bilaterală conduce la tulburări de motilitate a limbii, dizartrie.

5. Asociați simptomatologia sindroamelor:

Sindromul:
a. Sluder.
b. Charlin.

Simptomatologia:
1. Crize dureroase în partea posterioară a globului ocular.
2. Hiperemie a conjunctivelor şi hiperlăcrimare.
3. Crizele apar spontan, mai frecvent noaptea.
4. Durează de la câteva ore până la câteva zile.
5. Dureri pulsatile violente în aripa nasului şi în unghiul intern al orbitei.
6. Presiunea unghiului intern al orbitei produce dureri.
7. Crizele dureroase pot să se asocieze cu ulcerații corneene.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

În sindromul de compresiune a rădăcinii spinale $L_5$, din cauza paraliziei muşchilor antero-externi ai gambei, se constată limitarea sau absența flexiei dorsale a gambei (bolnavul nu poate ține planta ridicată).

# RĂSPUNSURI

**I.**

1. A, p. 204.
2. E, p. 204.
3. A, p. 204.
4. A, p. 204.
5. E, p. 204.
6. B, p. 204.
7. C, p. 206.
8. E, p. 207.
9. A, p. 207.
10. B, p. 207.
11. C, p. 209.
12. D, p. 209.
13. A, p. 212.
14. B, p. 213.
15. B, p. 213.
16. E, p. 213.
17. C, p. 213.
18. B, p. 214.
19. C, p. 214.
20. E, p. 214.
21. C, p. 214.
22. A, p. 215.
23. B, p. 216.
24. A, p. 220.
25. D, p. 220.
26. A, p. 220.
27. D, p. 221.
28. E, p. 226.
29. C, p. 227.
30. C, p. 227.
31. D, p. 227.
32. B, p. 228.
33. A, p. 228.
34. D, p. 229.
35. E, p. 229.
36. C, p. 229.
37. A, p. 231.

**II.**

1. D, E, p. 204.
2. A, C, D, E, p. 204–205.
3. A, B, C, p. 208.
4. A, C, p. 209.
5. A, C, D, p. 210.
6. B, C, D, p. 211.
7. A, B, C, D, p. 212.
8. B, D, E, p. 213.
9. A, B, C, E, p. 213.
10. A, B, C, E, p. 214.
11. B, C, D, E, p. 214.
12. B, C, D, p. 216.
13. A, B, C, D, p. 217.
14. B, C, D, p. 217.
15. A, B, C, D, p. 218.
16. A, B, p. 218.
17. B, C, D, E, p. 219.
18. A, B, C, D, p. 222.
19. A, C, D, E, p. 223–224.
20. C, D, E, p. 225.
21. D, E, p. 227.
22. A, B, p. 227.
23. B, C, D, E, p. 228.
24. C, E, p. 228.
25. B, C, D, E, p. 228.
26. A, C, p. 229.
27. A, B, D, E, p. 230.
28. D, E, p. 230.
29. A, B, C, D, p. 231.
30. C, D, E, p. 233.
31. D, E, p. 234.
32. A, B, C, p. 234.

**III.**

1.
a. 2, 4, 10, 11.
b. 3, 5, 8, 9.
c. 1, 6, 7, 12, p. 207.

2.
a. 1, 4, 5, p. 209.
b. 2, 3, 6, p. 211.

3.
a. 1, 5, 6, 7, p. 218.
b. 2, 3, 4, p. 218–219.

4.
a. 1, 4, 5, 7.
b. 2, 3, 6, 8, p. 232.

5.
a. 1, 2, 3, 4.
b. 5, 6, 7, p. 234.

**IV.**

A, p.220.

# 12. PATOLOGIA VASCULARĂ CEREBRALĂ

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați câte laturi are poligonul Willis:
   A. 3.
   B. 4.
   C. 5.
   D. 6.
   E. 7.

2. Consumul de oxigen al substanței corticale este mai mare decât al celei albe de:
   A. 2 ori.
   B. 3 ori.
   C. 4 ori.
   D. 5 ori.
   E. 6 ori.

3. Cel mai activ agent vasomotor în circulația sanguină cerebrală este:
   A. Bioxidul de carbon.
   B. Oxigenul.
   C. Oxidul de azot.
   D. Ionul de sodiu.
   E. Ionul de potasiu.

4. Rata accidentului vascular cerebral hemoragic în structura ansamblului de accidente vasculare cerebrale constituie:
   A. 10–20%.
   B. 20–30%.
   C. 30–40%.
   D. 40–50%.
   E. 60–70%.

5. Angiopatia amiloidă antrenează hemoragii:
   A. În profunzimea parenchimului cerebral.
   B. Corticale şi/sau subcorticale recidivante.
   C. Meningiene pure.
   D. Cerebrale şi meningiene.
   E. Intraventriculare.

6. Indicați valoarea perfuziei cerebrale care conduce la depolarizarea anoxică a membranelor şi la moartea celulelor:
   A. 55 ml/100g/min.
   B. 35 ml/100g/min.
   C. 25 ml/100g/min.
   D. 20 ml/100g/min.
   E. 10 ml/100g/min.

7. Mijlocul de confirmare a existenței penumbrei ischemice este:
   A. Ultrasonografia Doppler cu sistem duplex a vaselor cerebrale.
   B. Tomografia computerizată cerebrală.
   C. Tomografia prin emisie de pozitroni.
   D. Rezonanța magnetică nucleară.
   E. Electroencefalografia cu prelucrare computerizată.

8. Formarea celei mai mari părți a infarctului cerebral este finisată în momentul apariției primelor semne ale accidentului în termen de:
   A. 3–6 ore.
   B. 6–12 ore.
   C. 12–24 ore.
   D. 24–48 ore.
   E. 3–5 zile.

9. Alegeți definiția corectă a accidentului ischemic tranzitor (AIT):
   A. Este o pierdere focală a funcției cerebrale sau oculare, ale cărei simptome durează mai puțin de 24 ore şi regresează fără sechele.
   B. Agravarea deficitului neurologic cu o durată de peste 24 ore.
   C. Atingerea deficitului neurologic maxim în perioada de până la 24 ore şi regresarea lui completă în termen de 21 zile.
   D. Deficitul neurologic atinge nivelul maxim în mai puțin de o oră şi durează mai mult de 24 de ore.
   E. Accidentul vascular cerebral ischemic în care deficitul neurologic se restabileşte completamente (se admite persistența dereglărilor de sensibilitate), indiferent de etiologia lui.

10. În cele mai dese cazuri, apariția accidentului ischemic tranzitor este legată de:
   A. Stenozarea lumenului arterei carotide interne (mai mult de 70%).
   B. Prezența unui spasm vascular cauzat de hipertensiunea arterială.
   C. Un mecanism embolic.
   D. Un mecanism trombotic.
   E. Nivelul considerabil crescut de colesterol în serul sanguin.

11. Stadiul flasc al hemiplegiei cauzate de hemoragia cerebrală durează:
   A. 1–2 zile.
   B. 2–3 săptămâni.
   C. 3–8 săptămâni.
   D. 2–4 luni.
   E. 4–6 luni, până la 1 an.

12. În majoritatea cazurilor de hemoragie cerebrală (83%) lichidul cefalorahidian are un aspect:
   A. Clar.
   B. Tulbure.
   C. Xantocrom.
   D. Hemoragic.
   E. Opalescent.

13. Se numeşte *hormeotonie*:
   A. Vibrația obrazului în partea paralizată la fiecare expirație.

B. O stare de contractură paroxismală în extensie a extremităților bolnavului aflat în comă cerebrală cauzată de hemoragie cu inundație ventriculară.
C. Transformarea pulsului tahicardic în puls filiform.
D. Fenomenul clinic în care mâna paralizată, lăsată să cadă concomitent cu cea sănătoasă, cade mai repede.
E. Semnul Babinski bilateral în asociere cu fenomenele vegetative (respirația stertoroasă Cheyne-Stokes cu perioade de apnee din ce în ce mai lungi), scăderea progresivă a tensiunii arteriale.

14. Rata hemoragiei subarahnoidiene în structura ansamblului de accidente vasculare cerebrale constituie:
A. 7–8%.
B. 10–12%.
C. 15–20%.
D. 20–25%.
E. 30–37%.

15. Indicați rata corectă a sediului anevrismelor saculare în partea anterioară a poligonului Willis:
A. 10–20%.
B. 20–30%.
C. 35%.
D. 50%.
E. 85%.

16. În hemoragia subarahnoidiană, în atingerile izolate de nervi cranieni, în special se evidențiază nervul:
A. Optic.
B. Oculomotor.
C. Trigemen.
D. Facial.
E. Hipoglos.

17. Care este cauza abolirii reflexelor osteotendinoase în evoluția naturală a hemoragiei subarahnoidiene?
A. Starea de „diaschis".
B. Iritația radiculelor nervoase de către sângele descendent.
C. Acumularea sângelui în fundurile de sac radiculare, ce provoacă, prin reacția pseudoinflamatoare, o întrerupere a arcului reflex.
D. Dilatarea ventriculului III și compresiunea centrului diencefalic.
E. Iritarea formațiunii reticulate din trunchiul cerebral.

18. Cel mai sensibil test de diagnosticare a hemoragiei subarahnoidiene este:
A. Tabloul clinic.
B. Tomografia computerizată cerebrală.
C. Rezonanța magnetică cerebrală.
D. Angiografia cerebrală.
E. Rahicenteza (puncția lombară).

19. „Standardul de aur" în evaluarea anevrismelor cerebrale este:
A. Ultrasonografia duplex a vaselor magistrale cervico-cerebrale.

B. Tomografia computerizată cerebrală.
C. Rezonanța magnetică cerebrală.
D. Angiografia cerebrală.
E. Tomografia prin emisie de pozitroni.

20. Pentru evaluarea pacienților cu hemoragie subarahnoidiană se foloseşte:
A. Scala Glasgow.
B. Scorul Hachinski.
C. Criteriile DSM-IIIR.
D. Scala Hunt-Hess.
E. Mini-Mental Status Examination.

21. Bolnavul cu hemoragie subarahnoidiană în stare de stupor, hemipareză moderată sau severă, rigiditate prin decerebrare precoce, după scala Hunt-Hess, se referă la gradul:
A. 1.
B. 2.
C. 3.
D. 4.
E. 5.

22. Rata ischemiei cerebrale în structura ansamblului de accidente vasculare cerebrale constituie:
A. Peste 70%.
B. 40–50%.
C. 50–60%.
D. 20–25%.
E. 30–35%.

23. În corespundere cu mecanismele fiziopatologice de vascularizare a encefalului, focarul ischemic se localizează în:
A. Nucleii centrali.
B. Zona terminală – în ultimele „câmpuri" ale arterei interesate.
C. Putamen.
D. Capsula internă.
E. Nucleul caudat.

24. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cerebrale şi scanerul duplex color sau alb-negru trebuie să fie accesibile în secțiile specializate ce funcționează nonstop pentru:
A. Determinarea gradului stenozei arterelor carotide.
B. Confirmarea rupturii de anevrism sau anomaliei arteriovenoase.
C. Detectarea semnelor subtile de ischemie cerebrală.
D. A decide dacă este nevoie de tratament chirurgical sau medicamentos.
E. Diferențierea accidentului vascular cerebral ischemic de cel hemoragic în primele 6 ore de la debut.

25. Indicați medicamentul de preferință care preîntâmpină vasospasmul, reduce incidența, severitatea deficitului neurologic şi mortalitatea în hemoragia subarahnoidiană:
A. Papaverina.

B. Platifilina.
C. Nimodipina.
D. No-spa.
E. Nifedipina.

26. Indicați metoda de evacuare a hematoamelor lobare, folosită în mai multe studii experimentale:
A. Sondele cu balon (angioplastia).
B. Instalarea de stenturi.
C. Chirurgia cu ghidare endoscopică.
D. Introducerea în timpul angiografiei cerebrale a unei sonde care va lichefia, apoi va evacua hematomul în primele ore de debut al hemoragiei.
E. Tehnica stereotactică.

27. Tromboza cărui sinus venos cerebral debutează brusc sau subacut, cu dureri oculare şi supraorbitale?
A. Cavernos.
B. Sagital superior.
C. Pietros inferior.
D. Transvers.
E. Sigmoid.

28. Tromboza sistemului venos central e dominată de:
A. Sindromul infecțios.
B. Tulburările de conştiinţă.
C. Edemul palpebral.
D. Dereglările oculomotorii.
E. Sindromul convulsiv.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Care dintre argumentele de mai jos pledează pentru afirmația că afecțiunile vasculare cerebrale reprezintă cel mai important capitol din patologia creierului?
A. Sunt o importantă cauză a spitalizării.
B. Prin gravitatea lor, ele conduc la un handicap cronic.
C. Numărul cazurilor este în continuă descreştere.
D. Pe de o parte, creşte frecvenţa hipertensiunii arteriale şi a aterosclerozei, iar pe de altă parte, creşte durata vieții.
E. Necesită o parte considerabilă din bugetul îngrijirii sănătății.

2. Sistemul carotid de circulaţie sanguină cerebrală este format din carotida internă şi ramurile sale:
A. Artera cerebrală anterioară.
B. Artera cerebrală mijlocie.
C. Artera coroidiană.
D. Artera comunicantă posterioară.
E. Artera cerebrală posterioară.

3. Sistemul vertebro-bazilar irigă:
A. Trunchiul cerebral.

B. Cerebelul.
C. Regiunile din jurul ventriculului al treilea.
D. Lobul cerebral frontal.
E. O parte din lobul temporal.

4. Particularitățile circulației sanguine cerebrale sunt următoarele:
A. Nu depinde de valorile tensiunii arteriale.
B. Este asigurată de ramuri multiple.
C. Poligonul Willis constituie un important sistem de protecție.
D. Circulația se realizează prin sistemul dublu anastomotic: bazal și cortical.
E. Rețeaua arterială corticală este dublă.

5. Circulația sanguină cerebrală este reglată prin următoarele mecanisme:
A. Voluntar.
B. Miogen.
C. Criptogen.
D. Metabolic.
E. Neurogen.

6. În cadrul mecanismului neurogen de reglare a hemodinamicii cerebrale un rol important au:
A. Zonele sensibile ale aortei.
B. Zonele sensibile ale sinusului carotid.
C. Bioxidul de carbon, care conduce la vasodilatarea cerebrală.
D. Oxigenul, care conduce la vasoconstricția cerebrală.
E. Contracția promptă a musculaturii netede a pereților vasculari cerebrali la acțiunea de provocare a distensiunii.

7. Ischemia cerebrală poate fi:
A. Tranzitorie.
B. Constituită (infarct sau ramolisment), parenchimatoasă.
C. Subarahnoidiană.
D. Ventriculară.
E. Majoră.

8. Leziunile responsabile de hemoragia cerebrală includ:
A. Malformațiile (anevrismele, angioamele cavernoase și fistulele arteriovenoase, numite *malformații arteriovenoase*).
B. Plăcile aterosclerotice ale vaselor cerebrale de calibru mare și mediu.
C. Alterațiile pereților arteriali, din care fac parte anevrismele Charcot și Bouchard.
D. Tromboza arterei carotide comune.
E. Angiopatia amiloidă.

9. În structura cauzelor accidentelor vasculare cerebrale ischemice 90% sunt determinate de:
A. Anomaliile sanguine sau hemopatii.
B. Ateroscleroza arterelor cerebrale.
C. Emboliile de origine cardiacă.
D. Ocluziile arterelor perforante.
E. Vasculitele cerebrale.

10. Principalele sedii ale lacunelor ischemice cerebrale sunt:
   A. Nucleii bazali.
   B. Capsula internă.
   C. Capsula externă.
   D. Protuberanța.
   E. Scoarța cerebrală.

11. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la penumbra ischemică:
   A. Un atac ischemic tranzitor posibil este echivalentul clinic al unei stări de penumbră survenită temporar într-o regiune a creierului.
   B. Noțiunea de penumbră se aplică la un țesut care deja nu poate să reacționeze la tratament.
   C. În zona de penumbră ischemică diminuarea perfuziei are loc până la valoarea de 20ml/100g/min.
   D. În zona penumbrei, în linii generale, se păstrează metabolismul energetic şi au loc dereglări doar funcționale, nu şi structurale.
   E. Durata de existență a penumbrei este individuală pentru fiecare pacient şi determină hotarele perioadei de timp (aşa-numita „fereastră terapeutică"), în limitele căreia măsurile terapeutice au eficacitate maximă.

12. Dereglările vizuale în atacul ischemic tranzitor constau în:
   A. Încețoşare în fața ochilor.
   B. Împăienjenire în fața ochilor.
   C. Neclaritatea imaginii.
   D. Apariția unei umbre în fața ochilor.
   E. Apariția fenomenului de dublare a obiectelor (diplopie).

13. Cel mai des hemoragia cerebrală este cauzată de:
   A. Hipertensiunea arterială (esențială, renală, în endocrinopatii).
   B. Bolile neuro-musculare.
   C. Colagenoze cu arterite de natură diversă.
   D. Anevrisme.
   E. Angioame.

14. Focarele cerebrale hemoragice pot fi localizate:
   A. Lateral.
   B. Medial.
   C. În substanța albă.
   D. În substanța cenuşie corticală.
   E. În profunzimea nucleilor bazali.

15. Hemiplegia (paralizia) spastică are următoarele semne clinice:
   A. Hipertonie piramidală.
   B. Hiperreflexivitate osteotendinoasă.
   C. Stare de „diaschis".
   D. Clonus rotulian.
   E. Prezența semnelor patologice piramidale (Babinski, Hoffmann, Oppenheim, Gordon, Rossolimo, Bechterew, Jukovski).

16. Localizarea obişnuită a anevrismelor saculare este joncțiunea dintre:
   A. Artera comunicantă anterioară şi artera cerebrală anterioară.

B. Artera comunicantă posterioară şi artera carotidă internă.
C. Bifurcaţia arterei sylviene şi porţiunea terminală a trunchiului bazilar.
D. Trunchiul bazilar şi artera cerebeloasă superioară sau artera cerebeloasă antero-inferioară.
E. Artera spinală anterioară şi arterele spinale posterioare.

17. Tomografia computerizată cerebrală în hemoragia subarahnoidiană scoate în evidenţă:
A. Dimensiunile ventriculare: hidrocefalia care apare acut în circa 14–21% din cazuri.
B. Hematoamele intracerebrale sau colecţiile mari de sânge în spaţiul subdural, manifestând efect de masă.
C. Infarctele cerebrale.
D. Colecţiile de sânge în cisterne şi fisuri.
E. Sursa hemoragiei.

18. În evoluţia desfăşurării procesului ischemic cerebral s-au diferenţiat următoarele forme:
A. Faza de instabilitate, cu menţinerea mecanismului de reglare a debitului sanguin cerebral.
B. Faza de compensare, cu dereglarea mecanismelor de menţinere a debitului sanguin cerebral.
C. Fenomenul de furt (*steal syndrome*), cu deplasarea sângelui din regiunile ischemice spre cele sănătoase.
D. Faza de recuperare.
E. Sindromul invers fenomenului de furt (Robin Hood).

19. În funcţie de localizarea ischemiei cerebrale, se descriu următoarele sindroame topografice arteriale:
A. Sindromul arterei cerebrale anterioare.
B. Sindromul arterei cerebrale mijlocii.
C. Sindromul arterei cerebrale posterioare.
D. Sindroamele ocluzive în ramurile sistemului vertebro-bazilar.
E. Sindromul de furt subclavicular.

20. Cele mai caracteristice tipuri evolutive clinice ale sindroamelor ocluzive în ramurile sistemului vertebro-bazilar sunt următoarele:
A. Sindromul Wallenberg-Zaharcenko.
B. Sindromul Babinski-Nageotte.
C. Sindromul arterei bazilare.
D. Sindromul arterei sylviene.
E. Sindromul arterei carotide interne.

21. În procesul de management şi stabilire a diagnosticului de ictus cerebral se efectuează următoarele investigaţii instrumentale:
A. Electrocardiograma (ECG).
B. Electroencefalograma (EEG).
C. Hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parţial tromboplastinic, ionograma şi nivelul glucozei serice.
D. Tomografia computerizată cerebrală.

E. În cazul pacienţilor suspectaţi de hemoragie subarahnoidiană, neconfirmată la examenul neuroimagistic, puncţia lombară se efectuează doar după tomografia computerizată cerebrală.

22. Hipertensiunea arterială nu necesită tratament de urgenţă la bolnavii cu ictus cerebral, dacă:
A. Bolnavul este deplin conştient, iar deficitul motor este minimal exprimat.
B. Examenul fundului de ochi nu atestă modificări specifice pentru hipertensiunea arterială.
C. Tensiunea arterială sistolică nu depăşeşte 220 mm Hg, iar cea diastolică 115 mm Hg, la măsurări repetate timp de o oră.
D. A fost identificată ischemia, insuficienţa cardiacă sau disecţia arterială.
E. Este utilizat tratamentul trombolitic.

23. Chiar în primele 3 ore după debutul infarctului cerebral, la examenul prin tomografie computerizată pot apărea următoarele semne subtile:
A. Hipodensitatea în regiunea suspectării ischemiei.
B. Neclaritatea limitei dintre substanţa albă şi cea cenuşie, în special în ganglionii bazali.
C. Efectul de masă local, deformarea şi compresiunea ventriculelor, deplasarea structurilor mediane.
D. Descreşterea dimensiunilor şanţurilor corticale şi a cisternelor subarahnoidiene.
E. Zonele de hiperdensitate interemisferială.

24. Selectaţi afirmaţiile corecte referitoare la utilitatea angiografiei clasice în diagnosticul şi tratamentul accidentelor vasculare cerebrale:
A. Demonstrează cu certitudine stenoza sau ocluzia atât a vaselor de calibru mare, cât şi a celor de calibru mic.
B. Nu este în stare să detecteze anomalii arteriovenoase, precum şi disecţii arteriale.
C. Este o metodă certă în confirmarea hemoragiei subarahnoidiene (ruptură de anevrism sau anomalie arteriovenoasă) şi în definitivarea diagnosticului topic.
D. Este o metodă ce poate demonstra extinderea infarctului sau prezenţa altor afecţiuni parenchimatoase.
E. Este o tehnică invazivă, care necesită suficient timp şi experienţă, comportă un risc anumit de complicaţii.

25. Calitatea rezultatului examenului ultrasonografic Doppler al vaselor cerebrale depinde de:
A. Partea zilei (dimineaţă, prânz, seară).
B. Tehnica specifică utilizată.
C. Calitatea diagnosticului clinic.
D. Calitatea echipamentului.
E. Particularităţile anatomice ale pacientului.

26. Managementul hemoragiei subarahnoidiene include:
A. Tomografia computerizată cerebrală.
B. Rahicenteza.
C. Examenul angiografic.

D. Tratamentul chirurgical în funcţie de scala Hunt-Hess, indicaţiile şi contraindicaţiile privind intervenţia la un pacient concret.
E. Administrarea eufilinei ca medicament de primă alegere, cu scopul prevenirii vasospasmului.

27. Managementul hemoragiei intracerebrale presupune:
A. Deciderea oportunităţii tratamentului chirurgical.
B. Supravegherea promptă a tensiunii arteriale, pentru a preveni hemoragiile repetate.
C. Monitorizarea tensiunii intracraniene, pentru menţinerea perfuziei cerebrale constante.
D. Administrarea aciclovirului şi a altor substanţe antivirale în profilaxia unei eventuale encefalite secundare.
E. Administrarea hemostaticelor (vitamina K; clorură de calciu – 10%, 10,0 i/v; vitamina C – 5%, 2,0–5,0 ml i/v sau i/m).

28. Tratamentul neurochirurgical al accidentului vascular cerebral ischemic în evoluţie include următoarele oportunităţi:
A. Endarterectomia de urgenţă, cu scopul înlăturării ocluziei.
B. Decompresiunea cerebrală.
C. Ventriculostomia în cadrul dezvoltării hidrocefaliei acute.
D. Şuntarea ventriculo-peritoneală.
E. Şuntarea ventriculo-carotidă.

29. În managementul accidentului vascular cerebral ischemic, cele mai frecvente sunt complicaţiile:
A. Pulmonare.
B. Cardiace.
C. Gastrointestinale.
D. Infecţia urinară.
E. Escarele.

30. Tratamentul trombolitic, cu injectare i/v a rTPA *(tissue plasminogen activator)*, poate fi indicat următorilor pacienţi selectaţi:
A. După 3 ore de la debutul accidentului vascular cerebral ischemic.
B. În ictusul aterotrombotic/ateroembolic.
C. În ictusul cardioembolic.
D. În ictusul lacunar.
E. În funcţie de vârstă, sex şi rasă.

31. În administrarea rTPA *(tissue plasminogen activator)* se va ţine cont de următoarele:
A. Nu se recomandă administrarea anticoagulantelor sau aspirinei în primele 24 de ore după administrarea rTPA.
B. La repetarea tomografiei computerizate cerebrale după 24 de ore, antiplachetarele şi anticoagulantele pot fi administrate.
C. Conform studiilor efectuate de National Institute of Neurological Diseases and Stroke (SUA), se recomandă administrarea a 0,9 mg/kg de rTPA, doza maximă fiind 90 mg.

D. 10% din doza sumară de rTPA se administrează în bolus intravenos, restul se administrează în perfuzie, timp de 60 minute.
E. Se va monitoriza în permanență starea de presiune intracraniană, pentru menținerea perfuziei cerebrale constante.

32. Pentru depistarea precoce a hemoragiilor intracerebrale survenite ca o complicație a tratamentului trombolitic al ictusului cerebral ischemic cu rTPA, se vor lua următoarele măsuri:
A. După inițierea tratamentului trombolitic, pacienții vor fi spitalizați în secția de terapie intensivă.
B. Se va supraveghea prompt tensiunea arterială la limitele 185 mm Hg/110 mm Hg.
C. Se va monitoriza starea clinică, în special: apariția cefaleei, vomei sau creșterea nivelului deficitului neurologic focal.
D. Se va opri perfuzia de rTPA, dacă se va suspecta hemoragie intracerebrală.
E. Se va efectua puncția lombară, pentru a confirma sau infirma prezența hemoragiei.

33. Care dintre medicamentele enumerate mai jos se folosesc pentru profilaxia secundară a ictusului ischemic cerebral prin mecanismul de prevenire a agregării plachetelor?
A. Streptokinaza.
B. Urokinaza.
C. Aspirina.
D. Ticlopidina.
E. Plavix.

34. Care dintre medicamentele de mai jos, folosite în tratamentul accidentului vascular ischemic, sunt preparate vasoactive?
A. Oxibutirat de sodiu.
B. Cavinton (vinpocetin).
C. Sermion (nicergolină).
D. Reopoliglucină.
E. Piriditol (encefabol).

35. Simptome ale compresiunii trunchiului cerebral în hemoragii și infarcte cerebeloase sunt:
A. Declinul nivelului de conștiință.
B. Dereglările de respirație.
C. Afazia motorie.
D. Excitabilitatea.
E. Paralizia mimică facială.

36. Cele mai frecvente cauze ale encefalopatiei discirculatorii (insuficienței circulatorii cerebrale cronice) sunt:
A. Ateroscleroza cerebrală, ce interesează arteriolele de calibru mic.
B. Hipertensiunea arterială.
C. Diabetul zaharat și alte endocrinopatii, care favorizează endarterita sclerozantă la persoanele de peste 60 ani.
D. Așa-numitele „traumatisme craniocerebrale ușoare".
E. Neuroinfecțiile suportate în copilărie.

37. Selectați afirmațiile corecte referitoare la modificările anatomopatologice observate în cadrul encefalopatiei discirculatorii (insuficienței circulatorii cerebrale cronice):
A. Procese hiperplazice cu sclerozare.
B. Procese degenerative de ateromatoză.
C. Necroză celulară cu dilatarea vaselor şi diapedeză.
D. Vasele reprezintă o proliferare conjunctivă şi plăci de aterome lipidice, acoperite cu un strat dens de fibrohialină, ce prezintă mai târziu calcificări.
E. Plăcile ateromatoase predomină în lumenul vascular, pe care îl îngustează.

38. În encefalopatia discirculatorie sclerozantă se pot instala următoarele sindroame:
A. Sindromul de distonie neuro-circulatorie.
B. Sindromul pseudoneurastenic.
C. Lacunarismul cerebral.
D. Demența multiinfarct.
E. Sindromul pseudobulbar.

39. Tratamentul encefalopatiei discirculatorii sclerozante se desfăşoară în următoarele direcții:
A. Tratamentul trombolitic.
B. Combaterea insuficienței circulatorii cronice.
C. Combaterea aterosclerozei cerebrale.
D. Îmbunătățirea metabolismului cerebral.
E. Tratamentul de neurorecuperare, adaptare psiho-socială a pacientului.

40. În tratamentul encefalopatiei discirculatorii sclerozante, cu scopul restabilirii circulației cerebrale, se pot administra următoarele vasodilatatoare:
A. rTPA (*tissue plasminogen activator*).
B. Stugeron.
C. Cavinton.
D. Redergin.
E. Sermion.

41. În patogenia tromboflebitelor cerebrale se analizează următorii factori:
A. Dismetabolic.
B. Circulator.
C. Miogen.
D. Sanguin.
E. Infecțios.

42. Indicați semnele neuroimagistice care indică în mod direct asupra trombozei de sinus venos cerebral:
A. Semnul coardei.
B. Semnul triunghiului dens.
C. Semnul triunghiului liber.
D. Hipodensitatea asociată sau nu cu un efect de masă.
E. Deplasarea apeductului lui Sylvius înainte, ancoşarea unghiului postero-inferior al ventriculului III şi deplasarea în sens caudal a ventriculului IV.

43. Diagnosticul diferențial al tromboflebitelor cerebrale se face cu:
A. Nevroza isterică.
B. Meningoencefalitele virale.

C. Abcesul cerebral.
D. Tumoarea cerebrală.
E. Hemoragia subarahnoidiană.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

Surse de embolii vasculare cerebrale:

a. Cardiace.
b. Extracardiace.

1. Stenoza mitrală.
2. Ateroscleroza aortei.
3. Ateroscleroza arterei carotide.
4. Trombii venelor pulmonare.
5. Fibrilațiile atriale.
6. Infarctul miocardic.
7. Emboliile grăsoase după fracturi.
8. Endocarditele bacteriene.
9. Emboliile gazoase.
10. Emboliile parazitare.
11. Complicațiile chirurgiei cardiace.
12. Emboliile tumorale.

2. Desemnați simptomatologia generală a ictusului ischemic trombotic și a celui embolic:

Patogenia ischemiei cerebrale:

a. Tromboză.
b. Embolie.

Simptomatologia generală:

1. Debut lent.
2. Debut brusc.
3. Debutul este precedat de semne tranzitorii (amețeli, cefalee ușoară, pareze, parestezii, afazie).
4. De cele mai multe ori, se produce în cursul zilei, când bolnavul este în activitate.
5. Coma, de regulă, lipsește, cu excepția unor cazuri cu leziuni întinse.
6. Uneori, fenomenele neurologice, apărute sub forma unei hemiplegii masive, pot retroceda rapid.

3. Asociaţi avantajele şi dezavantajele examenului prin rezonanţă magnetică comparativ cu tomografia computerizată la bolnavii cu ictus cerebral:

a. Avantajele.
b. Dezavantajele.

1. Gradul mai înalt de rezoluţie pentru toate structurile parenchimatoase.
2. Gradul de sensibilitate semnificativ mai mare în detectarea ţesuturilor anormale.
3. Posibilitatea de reconstrucţie şi nivelul mai scăzut al radiaţiei ionizante.
4. Semnale modificate de la vasele obstrucţionate apar chiar în primele ore de la debutul ictusului.
5. Aparatele spin-echo şi gradient-echo clasice nu pot vizualiza semnale patologice timp de 6 ore de la debut.
6. Inaccesibilitate.
7. Monitoringul dificil în timpul investigaţiei pacienţilor a căror stare este gravă.
8. Timpul îndelungat necesar pentru realizarea procedurii.

4. Asociaţi cauzele locale şi generale ale tromboflebitelor cerebrale:

a. Cauze locale.
b. Cauze generale.

1. Scarlatina.
2. Rujeola.
3. Infecţiile craniofaciale.
4. Febra tifoidă.
5. Supuraţiile epicraniene.
6. Diverse procese infecţioase otomastoidiene.
7. Malaria.
8. Traumatismele la distanţă.
9. Infecţiile uterine (în special cele post-partum şi după avort).

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Întrucât clinic este imposibil de a ști dacă accidentul vascular cerebral va fi tranzitor sau constituit, apare necesitatea de a le considera pe toate drept accidente în evoluție.

2. Efectuarea tomografiei computerizate cerebrale nu este absolut necesară pentru pacienții suspectați cu ictus cerebral, deoarece oricum deciziile terapeutice în primele ore sunt aceleași și în ictusul hemoragic, și în cel ischemic.

3. Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară, efectuată în timpul examenului bolnavului cu ictus cerebral, este folosită pentru a demonstra locul ocluziei vaselor cerebrale în regiunea gâtului sau la bază; deci și ocluziile vaselor de calibru mic se pot observa.

4. Deoarece emboliile cardiogene deseori sunt cauza ictusului, ecocardiografia transtoracică trebuie folosită în primele ore, pentru a confirma sursa de emboli.

# RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. E, p. 236. | 1. A, B, D, E, p. 235. | 1. | 1. |
| 2. D, p. 237. | 2. A, B, C, D, p. 235. | a. 1, 5, 6, 8, 11. | A, p. 242. |
| 3. A, p. 238. | 3. A, B, C, E, p. 236. | b. 2, 3, 4, 7, 9, 10, 12, | |
| 4. A, p. 238. | 4. B, C, D, E, p. 237. | p. 249. | 2. |
| 5. B, p. 239. | 5. B, D, E, p. 237. | | E, p. 253. |
| 6. E, p. 240. | 6. A, B, p. 238. | 2. | |
| 7. C, p. 240. | 7. A, B, p. 238. | a. 1, 3, 5, | 3. |
| 8. A, p. 241. | 8. A, C, E, p. 239. | b. 2, 4, 6, p. 250. | C, p. 255. |
| 9. A, p. 241. | 9. B, C, D, p. 239. | | |
| 10. C, p. 242. | 10. A, B, D, p. 239. | 3. | 4. |
| 11. C, p. 245. | 11. A, C, D, E, p. 241. | a. 1, 2, 3, 4. | A, p. 255. |
| 12. D, p. 245. | 12. A, B, C, D, p. 243. | b. 5, 6, 7, 8, p. 254. | |
| 13. B, p. 245. | 13. A, C, D, E, p. 243. | | |
| 14. A, p. 246. | 14. A, B, C, E, p. 244. | 4. | |
| 15. E, p. 246. | 15. A, B, D, E, p. 246. | a. 3, 5, 6. | |
| 16. B, p. 247. | 16. A, B, C, D, p. 246. | b. 1, 2, 4, 7, 8, 9, | |
| 17. C, p. 247. | 17. A, B, C, D, p. 247. | p. 263–264. | |
| 18. E, p. 247. | 18. A, B, D, p. 249. | | |
| 19. D, p. 248. | 19. A, B, C, D, p. 249. | | |
| 20. D, p. 248. | 20. A, B, C, p. 251–252. | | |
| 21. D, p. 248. | 21. A, C, D, E, p. 252. | | |
| 22. A, p. 248. | 22. C, D, E, p. 253. | | |
| 23. B, p. 249. | 23. A, B, C, D, p. 253–254. | | |
| 24. A, p. 255. | 24. A, C, E, p. 255.. | | |
| 25. C, p. 256. | 25. B, D, E, p. 255. | | |
| 26. E, p. 261. | 26. A, B, C, D, p. 256. | | |
| 27. A, p. 265. | 27. A, B, C, E, p. 256–257. | | |
| 28. B, p. 265. | 28. A, B, p. 257. | | |
| | 29. A, D, E, p. 257. | | |
| | 30. A, B, C, D, p. 259. | | |
| | 31. A, B, C, D, p. 259. | | |
| | 32. A, B, C, D, p. 259. | | |
| | 33. C, D, E, p. 259. | | |
| | 34. B, C, p. 260. | | |
| | 35. A, B, D, E, p. 260. | | |
| | 36. A, B, C, p. 261. | | |
| | 37. A, B, D, E, p. 261. | | |
| | 38. B, C, D, E. p. 262. | | |
| | 39. B, C, D, p. 263. | | |
| | 40. B, C, D, E, p. 263. | | |
| | 41. B, D, E, p. 264. | | |
| | 42. A, B, C, p. 265–266. | | |
| | 43. B, C, D, E, p. 265. | | |

# 13. PATOLOGIA VASCULARĂ MEDULARĂ

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați rata confirmării diagnosticului patologiei vasculare medulare printre bolnavii internați cu această patologie în secțiile neurologice:
   A. 10%.
   B. 15%.
   C. 20%.
   D. 30%.
   E. 35%.

2. Arterele care coboară din arterele vertebrale până la constituirea trunchiului bazilar și confluează, formând artera spinală anterioară, asigură debitul sanguin al măduvei cervicale până la nivelul:
   A. $C_1$–$C_2$.
   B. $C_3$–$C_4$.
   C. $C_4$–$C_8$.
   D. $C_7$–$C_8$.
   E. $Th_1$.

3. Câte artere radiculomedulare anterioare participă la vascularizarea măduvei spinării?
   A. 2–4.
   B. 5–6.
   C. 6–8.
   D. 8–10.
   E. 10–12.

4. Indicați numărul de artere radiculomedulare posterioare, care vascularizează măduva spinării:
   A. 6–8.
   B. 9–10.
   C. 12–16.
   D. 11–22.
   E. 28–30.

5. Indicați până la care nivel medular de vascularizarea măduvei spinale e responsabil teritoriul vascular superior:
   A. $D_4$.
   B. $D_5$.
   C. $D_6$.
   D. $D_7$.
   E. $D_8$.

6. În partea inferioară, principala arteră responsabilă de vascularizarea măduvei spinării este:
   A. Artera radiculomedulară suplimentară superioară.
   B. Artera radiculomedulară mare a lui Adamkiewicz.

C. Artera Zulch.
D. Artera Desprogress-Gotterone.
E. Artera Lazort.

7. Marea venă radiculară Adamkiewicz, de cele mai multe ori, însoţeşte rădăcina medulară:
A. $Th_6$.
B. $Th_7$.
C. $L_1$.
D. $L_2$.
E. $S_2$.

8. Arborele vascular este mai deficitar la nivelul medular:
A. Cervical superior.
B. Cervical mediu.
C. Dorsal.
D. Lombar.
E. Sacrat.

9. Zona critică de irigaţie sanguină medulară pe planul vertical dintre teritoriul vascular al arterei vertebrale şi cel al aortei abdominale se află:
A. La nivel bulbar (zona bulbară).
B. În jurul segmentelor $D_4$.
C. În jurul segmentelor $D_{10}$.
D. La graniţa dintre teritoriul vascular central şi cel periferic.
E. La nivel lombar (zona terminală).

10. Care dintre procesele patologice, ce determină o patologie vasculară cerebrală, la nivelul măduvei spinării este o raritate?
A. Ateroscleroza.
B. Arterita.
C. Anevrismul.
D. Malformaţia arterio-venoasă.
E. Spasmul vascular.

11. Sindromul arterei spinale anterioare a fost descris în anul 1904 de:
A. Bogorodinski.
B. Preobrajenski.
C. Lazort.
D. Zulch.
E. Adamkiewicz.

12. Mielopatia discirculatorie intermitentă se manifestă printr-o slăbiciune în picioare după un mers de:
A. 10–20 paşi.
B. 30–50 paşi.
C. 50–100 paşi.
D. 200–300 paşi.
E. 1–5 km.

13. Mielopatia discirculatorie adesea are următoarea etiologie:
A. Patologia discovertebrală.
B. Infarctul miocardic.
C. Endocardita mitrală ulceroasă.
D. Traumatismele vertebro-medulare.
E. Tumorile vertebro-medulare.

14. Care măsură de diagnosticare va confirma diagnosticul pozitiv de hematomielie?
A. Anamnesticul (traumatismul vertebro-medular recent).
B. Tulburările de sensibilitate sub formă de disociație siringomielică, semnele de iritație meningiană pozitive.
C. Depistarea lichidului cefalorahidian hemoragic.
D. Examenul prin potențiale evocate motorii.
E. Detectarea semnelor de denervare acută la examenul electromiografic cu ac-electrozi.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Arterele ce asigură vascularizarea măduvei spinării provin din:
A. Aortă.
B. Artera brahiocefalică.
C. Artera carotidă comună.
D. Arterele vertebrale.
E. Arterele subclaviculare.

2. După D. Bogorodinski și A. Skoromeț, pot fi evidențiate următoarele tipuri de vascularizare medulară mai jos de $D_4$:
A. Artera Adamkiewicz este unica arteră.
B. Artera Adamkiewicz și o arteră suplimentară superioară.
C. Artera Adamkiewicz și o arteră suplimentară inferioară.
D. Tipul dispers, când măduva spinării e vascularizată de câteva artere radiculomedulare de calibru egal.
E. Tipul solitar, când măduva spinării este vascularizată exclusiv din ramurile provenite din arterele vertebrale.

3. Indicați afirmațiile corecte referitoare la artera spinală anterioară:
A. Este impară.
B. Este situată de-a lungul măduvei spinării, la nivelul șanțului median anterior.
C. Este formată din ramurile ascendente și descendente ale arterelor radiculomedulare.
D. Vascularizează un teritoriu superficial pe fața ventrală a măduvei spinării.
E. Irigă exclusiv meningele medular.

4. Pe plan orizontal se disting următoarele teritorii vasculare medulare:
A. Teritoriul superficial.
B. Teritoriul profund.
C. Teritoriul arterei spinale anterioare.
D. Teritoriul arterei spinale posterioare.
E. Teritoriul coronar perimedular.

5. Care procese de nivelul aortei, enumerate mai jos, pot conduce la accidente vasculare medulare ischemice?
   A. Plăcile ateromatoase la nivelul aortei, în zonele de emergenţă a arterelor segmentare.
   B. Anevrismul disecant.
   C. Stenoza.
   D. Tromboza.
   E. Ultrasonografia aortei.

6. Indicaţi grupul de afecţiuni care pot evoca tulburări vasculare medulare acute şi cronice:
   A. Patologia aortei.
   B. Arteritele.
   C. Bolile demielinizante ale sistemului nervos central.
   D. Modificările vertebrale degenerative-distrofice, discopatiile.
   E. Iatrogeniile.

7. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la tulburările ischemice medulare de tip tranzitoriu:
   A. Constituirea lor acută se desfăşoară în regiunea dorsală mijlocie sau la nivelul altei „zone critice".
   B. Nu au loc tulburări motorii.
   C. Sunt păstrate reflexele osteotendinoase.
   D. Se manifestă o hipoestezie uşoară de tip paraplegic, tulburări sfincteriene.
   E. Toate manifestările regresează timp de 24–48 de ore.

8. Ictusul medular acut transversal se localizează îndeosebi:
   A. La nivel cervical superior.
   B. La nivel lombar inferior.
   C. La nivelul măduvei dorsale $D_4$.
   D. În zona vasculară Adamkiewicz.
   E. În zona vasculară Desprogress-Gotterone.

9. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la manifestările clinice ale ictusului medular acut transversal:
   A. Paraplegie flască instalată brutal.
   B. Abolirea reflexelor osteotendinoase.
   C. Anestezie totală de tip paraplegic.
   D. Tulburări sfincteriene importante.
   E. Evoluţie relativ uşoară, cu restabilirea completă mai ales a funcţiilor motorii şi vegetative.

10. Prognosticul ictusului medular acut transversal este influenţat defavorabil datorită:
   A. Complicaţiilor cardiocirculatorii.
   B. Complicaţiilor respiratorii.
   C. Complicaţiilor gastrointestinale.
   D. Infecţiilor urinare frecvente.
   E. Escarelor.

11. În sindromul arterei spinale anterioare, leziunile medulare sunt localizate îndeosebi în:
   A. Coarnele medulare posterioare.
   B. Coarnele medulare anterioare.
   C. Baza coarnelor posterioare.
   D. Cordoanele medulare posterioare.
   E. Cordoanele medulare anterolaterale.

12. Indicați felurile de sensibilitate care nu sunt afectate în sindromul de arteră spinală anterioară:
   A. Algică.
   B. Termică.
   C. Parțial tactilă.
   D. De vibrațiune.
   E. Mioartrocinetică.

13. Atrofiile musculare în sindromul arterei spinale anterioare se observă, în special, în formele cu evoluție:
   A. Fulminantă.
   B. Acută.
   C. Subacută.
   D. Cronică.
   E. Remitentă.

14. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la sindromul arterei spinale posterioare:
   A. Infarctul medular anatomic cuprinde coarnele şi cordoanele posterioare.
   B. Infarctul medular anatomic cuprinde partea posterioară a cordoanelor laterale (secțiunea piciorului, a căilor piramidale).
   C. Are loc abolirea sublezională a sensibilității profunde conştiente.
   D. Are loc exagerarea reflexelor osteotendinoase.
   E. Semnele piramidale lipsesc.

15. Ținând seama de intensitatea procesului ischemic în tulburările medulare ischemice cronice (mielopatia discirculatorie), deosebim următoarele forme clinice:
   A. Claudicația intermitentă a muşchiului piriform.
   B. Claudicația intermitentă caudogenă.
   C. Claudicația intermitentă mielogenă.
   D. Mielopatia discirculatorie în stadiul de compensație.
   E. Mielopatia discirculatorie decompensată.

16. Cele mai frecvente cauze, ce provoacă o hemoragie în măduva spinării, sunt:
   A. Traumatismul coloanei vertebrale.
   B. Malformațiile vasculare medulare (anevrisme).
   C. Diateza hemoragică.
   D. Hemofilia.
   E. Vasculitele hemoragice.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociaţi teritoriile vasculare medulare pe plan orizontal cu particularităţile lor anatomice-fiziologice:

Teritoriul vascular medular:

a. Al arterei spinale anterioare.
b. Al arterelor spinale posterioare.
c. Coronar perimedular.

Particularităţile:

1. Se desprind arterele sulcocomisurale.
2. Este compus dintr-o reţea anastomotică bogată.
3. Provine din artera spinală anterioară şi arterele spinale posterioare.
4. Vascularizează coarnele medulare posterioare.
5. Vascularizează cordoanele medulare posterioare.
6. Vascularizează $^{2}/_{3}$ anterioare ale măduvei spinării.
7. Se desprind vase penetrante scurte, mijlocii şi lungi.
8. Formează bazinul central.
9. Formează bazinul dorsal.
10. Formează bazinul periferic.

## IV. RELAŢIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi există o relaţie cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi nu există o relaţie cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmaţie este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmaţie este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmaţii sunt false.

1. Spre deosebire de creier, măduva spinării are mai puţine surse de aport sanguin, ceea ce explică, parţial, raritatea proceselor ischemice medulare.

2. Deşi procesele ischemice medulare sunt rare, numărul factorilor determinanţi este destul de mare.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. E, p. 267. | 1. A, D, p. 267. | a. 1, 6, 8. | 1. |
| 2. C, p. 267. | 2. A, B, C, D, p. 267–268–269. | b. 4, 5, 9. | D, p. 269. |
| 3. C, p. 267. | 3. A, B, C, p. 269. | c. 2, 3, 7, 10, p. 269. | |
| 4. D, p. 267. | 4. C, D, E, p. 269. | | 2. |
| 5. A, p. 267. | 5. A, B, C, D, p. 270–271. | | B, p. 270. |
| 6. B, p. 267. | 6. A, B, D, E, p. 271. | | |
| 7. D, p. 269. | 7. A, C, D, E. p. 271. | | |
| 8. C, p. 270. | 8. C, D, p. 271. | | |
| 9. B, p. 270. | 9. A, B, C, D, p. 271. | | |
| 10. A, p. 270. | 10. D, E, p. 271. | | |
| 11. B, p. 272. | 11. B, C, E, p. 272. | | |
| 12. D, p. 273. | 12. C, D, E, p. 272. | | |
| 13. A, p. 273. | 13. C, D, p. 272. | | |
| 14. C, p. 275. | 14. A, B, C, p. 272. | | |
| | 15. C, D, E, p. 273. | | |
| | 16. A, B, p. 275. | | |

# 14. BOLILE INFECȚIOASE ALE SISTEMULUI NERVOS

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Care factori au influențat în primul rând evoluția bolilor infecțioase ale sistemului nervos în ultimele decenii?
   A. Poluarea mediului ambiant.
   B. Modificarea structurii genetice a microorganismelor.
   C. Condițiile social-economice de igienă și de nutriție mult schimbate (în sensul înrăutățirii lor).
   D. Scăderea vigilenței noilor generații de medici în posibilitatea reapariției unor boli infecțioase ale sistemului nervos considerate dispărute.
   E. Modificarea răspunsului imun al oamenilor în evoluția diverselor procese patologice.

2. Rolul principal în realizarea funcției de barieră imună îi revine:
   A. Macrogliei astrocitare perivasculare.
   B. Celulelor „giganto-piramidale" (celulele Betz).
   C. Celulelor gliale ependimale.
   D. Celulelor microgliale.
   E. Oligodendrocitelor.

3. Afectarea selectivă a sistemului nervos în neuroinfecții se explică prin:
   A. Așa-numitul tropism al agentului patologic sau al toxinei eliberate de el.
   B. Lipsa răspunsului imun în cazul agresării directe a sistemului nervos.
   C. Modificarea nespecifică a celulelor responsabile de formarea barierei hematoencefalice.
   D. Proprietățile specifice de organizare a receptorilor, alcătuiți din unități macromoleculare complexe atât structural, cât și funcțional.
   E. Polarizarea sinapsei neuro-musculare, ceea ce înseamnă că impulsul este întotdeauna direcționat de la axon spre următorul neuron.

4. Indicați descrierea corectă a sindromului licvorean meningitic pozitiv.
   A. Creșterea numărului de celule, în timp ce conținutul de proteine în lichidul cefalorahidian rămâne normal.
   B. Creșterea atât a numărului de celule, cât și a conținutului de proteine, comparativ cu indicii normali.
   C. Creșterea conținutului de proteine, în timp ce numărul de celule rămâne normal.
   D. Prezența eritrocitelor nemodificate în lichidul cefalorahidian.
   E. Prezența eritrocitelor modificate patologic în lichidul cefalorahidian.

5. Așezarea în „boabe de cafea" îi este caracteristică:
   A. Streptococului (*Streptococcus pneumoniae*).
   B. Meningococului (*Neisseria meningitidis*).
   C. *Haemophilus influenzae*.
   D. Boreliei *Burgdorferi*.
   E. *Streptococcus aureus*.

6. Perioada de incubație a meningitei meningococice durează:
   A. 1–2 zile.
   B. 2–4 zile.
   C. 5–10 zile.
   D. 10–20 zile.
   E. 20–30 zile.

7. În meningita tuberculoasă infecția pătrunde în tunicile cerebrale pe cale:
   A. Aeriană.
   B. Fecal-orală.
   C. Parenterală.
   D. Hematogenă.
   E. De migrare axono-plasmatică.

8. De regulă, inflamația specifică sub formă de tuberculi în meningita tuberculoasă este localizată:
   A. În cortexul cerebral și nucleii bazali.
   B. În hipocamp.
   C. În plexul horioidal al sistemului ventricular cerebral.
   D. Pe meningele bazal.
   E. Pe meningele convexital.

9. În prezent, diagnosticul rapid al meningitei tuberculoase se bazează pe:
   A. Detectarea genomului *Mycobacterium tuberculosis* în lichidul cefalorahidian prin reacția de polimerizare în lanț.
   B. Investigațiile microbiologice care identifică *Mycobacterium tuberculosis* în lichidul cefalorahidian.
   C. Analizele de laborator care stabilesc titrul de anticorpi specifici ce fac parte din clasa IgM.
   D. Examenul neuroimagistic prin rezonanță magnetică cerebrală.
   E. Examenul clinic atent, cu colectarea specială a anamnezei epidemiologice.

10. Incluziunile intranucleare cu particule de virus „ochi de taur" se constată la examenul ultrastructural în encefalita:
    A. Cauzată de virusul ECHO.
    B. Cauzată de virusul Coxsackie.
    C. Cauzată de virusul Polio.
    D. Herpetică.
    E. Cauzată de virusul bolii cu incluziuni citomegalice.

11. Anticorpii specifici în encefalita herpetică fac parte din clasa:
    A. IgE.
    B. IgM.
    C. IgA.
    D. IgD.
    E. IgC.

12. În cazurile dificile de diagnostic în encefalită se recurge la:
    A. Examenul prin potențiale evocate somatosenzoriale.
    B. Echoencefaloscopie.
    C. Electroencefalografie.

D. Rezonanță magnetică cerebrală.
E. Biopsie cerebrală explorativă.

13. Aciclovirul este medicația etiologică în tratamentul:
A. Encefalitei gripale.
B. Encefalitei reumatice.
C. Encefalitei herpetice.
D. Encefalitei rujeolice.
E. Encefalitei rubeolice.

14. Examenul neuroimagistic de elecție în diagnosticul encefalitei gripale este:
A. Pneumoencefalografia.
B. Ventriculografia.
C. Tomografia computerizată cerebrală.
D. Rezonanța magnetică nucleară cerebrală.
E. Tomografia computerizată cerebrală prin emisie de pozitroni.

15. Protecția celulară nespecifică în encefalita gripală se va realiza prin administrare de:
A. Interferon.
B. Manitol.
C. Glicerol.
D. Furosemid.
E. Diacarb.

16. Coreea Sydenham este o neuroinfecție cauzată de:
A. Virusul rujeolei.
B. Virusul rubeolei.
C. Streptococul β-hemolitic din grupul A.
D. Virusul urlian.
E. Virusul gripal tip A.

17. Alterațiile degenerative neuronale în encefalita reumatică sunt localizate pericarional în:
A. Paleostriat.
B. Neostriat.
C. Hipotalamus.
D. Talamus.
E. Cerebel.

18. O formă clinică a encefalitei reumatice a căpătat denumirea *coree moale* (*chorea mollis*) pe motiv de:
A. Labilitate emoțională sever exprimată.
B. Deviere neregulată, în diferite direcții a capului și trunchiului corpului bolnavului.
C. Diminuare severă a reflexelor osteotendinoase.
D. Hipotonie musculară foarte exprimată.
E. Mișcări involuntare spontane, ilogice, dezordonate și scurte.

19. Examenul electromiografic cu electrozi de suprafață în coreea reumatică va înregistra:
A. Un traseu silențios.

B. O activitate spontană neregulată.
C. O activitate spontană patologică de tip fasciculații.
D. Unde pozitive ascuțite.
E. Potențiale de fibrilații.

20. Regimul de pat, izolarea, măsurile de protecție pentru a evita loviturile se indică în cadrul tratamentului encefalitei:
A. Herpetice.
B. Reumatice.
C. Rujeolice.
D. Rubeolice.
E. Variceloase.

21. În tratamentul encefalitei reumatice, cantitatea de glucide se limitează, fiindcă ele:
A. Favorizează înmulțirea streptococului.
B. Creează posibilități suplimentare de suprainfecție.
C. Sporesc riscul de manifestare a diabetului zaharat latent.
D. Potențează acțiunea tranchilizantelor.
E. Reduc acțiunea antibioticelor.

22. După vindecare, pacientului cu encefalită reumatică i se indică:
A. Regim de pat, izolarea şi protecția de un eventual stres psihoemoțional.
B. Salicilate.
C. Amidopirină.
D. Butadion.
E. Tratament profilactic antireumatismal după schema clasică; dacă este nevoie, se efectuează amigdalectomie.

23. Cu scop profilactic, persoanelor de contact în cazul encefalitei rujeolice li se indică:
A. Medicație de dezintoxicare.
B. Desensibilizante.
C. Antiedemice.
D. Gamaglobulină.
E. Antipiretice.

24. Care dintre encefalitele asociate cu infecții virale are evoluție gravă, cu letalitate în 25% din cazuri?
A. Encefalita rujeolică.
B. Encefalita rubeolică.
C. Encefalita variceloasă.
D. Encefalita herpetică.
E. Encefalita gripală.

25. Analiza lichidului cefalorahidian în encefalita variceloasă constată:
A. Prezența hematiilor proaspete (nemodificate).
B. Prezența sindromului licvorean de disociație proteică-celulară.
C. Prezența sindromului licvorean meningitic.
D. Prezența sindromului licvorean de disociație celulară-proteică.
E. Componența lui normală.

26. Prevenirea suprainfecției bacteriene în encefalita variceloasă se face prin:
   A. Respectarea unui regim sanitar strict.
   B. Administrarea antibioticelor cu spectru larg.
   C. Medicația de dezintoxicare.
   D. Administrarea desensibilizantelor.
   E. Administrarea antiedemicelor.

27. Profilaxia encefalitei cauzate de vaccinarea antipertusică-antidifterică-antitetanică constă în:
   A. Administrarea corticosteroizilor timp de 4–6 săptămâni înainte de vaccinare.
   B. Administrarea antihistaminicelor timp de 1 săptămână înainte de vaccinare.
   C. Determinarea strictă a indicațiilor privind vaccinarea.
   D. Administrarea vitaminelor cu 30 zile înainte de vaccinare.
   E. Administrarea nootropilor timp de 30 zile înainte de vaccinare.

28. Evoluția encefalitei cauzate de vaccinul antirabic este:
   A. Gravă, cu letalitate în 25% din cazuri.
   B. Favorabilă.
   C. Benignă.
   D. Gravă, cu letalitate crescută și sechele sub formă de retard psihic, sindrom convulsiv, pareze.
   E. De lungă durată, cu sechele piramidale.

29. Alegeți afirmația corectă privind reacția encefalică:
   A. Reacția encefalică este pierderea cunoștinței și vigilenței (stării de veghe) de lungă durată, ce se manifestă prin absența răspunsului adaptativ la stimulenții externi sau interni.
   B. Reacția encefalică este o entitate clinică și se manifestă prin episoade sau stări de dureri de cap de intensitate ușoară sau moderată, ce nu afectează activitatea zilnică și nu se amplifică la efort fizic.
   C. Reacția encefalică este o maladie cu manifestări paroxistice de cefalee, cu durata de 4–72 ore, asociată cu grețuri, vome, fonofobie și fotofobie.
   D. Reacția encefalică este o suferință cu desfășurare dramatică, de etiologii diverse, în cadrul căreia un individ este predispus la crize convulsive recurente.
   E. Reacția encefalică cuprinde manifestările encefalice generale sub formă de sindrom convulsiv (convulsii febrile) sau delirant la copilul atacat de infecție sau toxine.

30. La 10% din numărul bolnavilor cu convulsii, din cadrul reacției encefalice, se instalează starea de rău epileptic pe motiv de:
   A. Edem cerebral.
   B. Disfuncție a sistemului hipotalamo-hipofizar-suprarenal.
   C. Hipertermie.
   D. Excitație psihomotorie.
   E. Apariție a zonelor de necroză cerebrală.

31. Locvacitatea excesivă este o manifestare de debut al:
   A. Formei convulsive a reacției encefalice.
   B. Formei delirioase a reacției encefalice.
   C. Encefalitei letargice von Economo.

D. Encefalitei de căpuşe din Europa Centrală.
E. Poliomielitei acute anterioare (boala Heine-Medin).

32. Indicaţi principala manifestare ce persistă la copilul care a suferit de sindromul de decerebrare pe motiv de reacţie encefalică:
A. Stereotipuri motorii nemotivate.
B. Dezinhibiţia motorie.
C. Dispariţia vorbirii frazeologice.
D. Retardul psihic.
E. Diminuarea interesului faţă de lumea înconjurătoare.

33. Deosebit de dificilă este diferenţierea reacţiei encefalice de:
A. Epilepsie.
B. Coreea Sydenham.
C. Delirium tremens.
D. Isterie.
E. Criza miastenică.

34. Acidoza metabolică se corijează prin administrare de:
A. Manit.
B. Sorbit.
C. Glicerol.
D. Soluţie de hidrocarbonat de sodiu de 4%.
C. Fenobarbital cu sau fără difenin.

35. Cea mai detaliată descriere a encefalitei letargice îi aparţine lui:
A. Heine.
B. Medin.
C. Constantin Freiherr von San Serff Economo.
D. A.T. Tarasenkov.
E. Nicola Tesla.

36. Indicaţi motivul pentru care encefalita von Economo a fost numită *letargică*:
A. Deoarece suferă predominant substanţa cenuşie a creierului.
B. Somnolenţa sever exprimată în unele cazuri.
C. Deoarece s-au găsit leziuni degenerative şi inflamatorii perivasculare în substanţa cenuşie a diencefalului şi trunchiului cerebral.
D. Fiindcă deosebit de semnificativ este afectată substanţa neagră şi regiunea nucleelor oculomotori din calota creierului mijlociu.
E. Fiindcă debutul bolii este în context infecţios cu o cefalee puternică, febră (39–40°C), frisoane, ameţeli, adinamie.

37. Tabloul clinic al fazei cronice a encefalitei epidemice este identic cu cel al:
A. Encefalitei de căpuşe din Europa Centrală.
B. Parkinsonismului.
C. Poliomielitei acute anterioare.
D. Arahnoiditei spinale.
E. Meningitei sifilitice.

38. Agentul cauzal al encefalitei de căpuşe din Europa Centrală este:
A. Un arbovirus din grupul A.

B. Un arbovirus din grupul B.
C. Un arbovirus din grupul C.
D. *Borrelia burgdorferi.*
E. Virusul poliomielitic din familia *Picornaviridae*, genul *Enterovirus.*

39. Pe prim-plan în terapia encefalitei de căpuşe din Europa Centrală se situează:
A. Reducerea edemului cerebral la minimum.
B. Medicaţia de combatere a hipertermiei.
C. Administrarea interferon-beta.
D. Administrarea medicamentelor anticomiţiale.
E. Medicaţia de reechilibrare hidroelectrolitică.

40. Leziunile din sistemul nervos central în poliomielita acută anterioară predomină în:
A. Coarnele anterioare ale măduvei spinării.
B. Coarnele posterioare ale măduvei spinării.
C. Coarnele laterale ale măduvei spinării.
D. Cordoanele anterioare ale măduvei spinării.
E. Cordoanele laterale ale măduvei spinării.

41. Cea mai frecventă formă clinică a stadiului paralitic al poliomielitei acute anterioare este:
A. Forma spinală.
B. Forma bulbară.
C. Forma pontină.
D. Forma mixtă bulbospinală.
E. Forma mixtă bulbopontină.

42. Principala măsură de prevenire şi eradicare a poliomielitei este:
A. Izolarea obligatorie a bolnavilor timp de 6 săptămâni.
B. Repausul absolut la pat al bolnavului, pentru a se evita orice solicitare neuronală.
C. Dezinfecţia continuă pentru excreţii şi secreţii nazofaringiene şi pentru toate obiectele contaminate de bolnav.
D. Realizarea unui program complex de recuperare şi de reeducare musculară.
E. Vaccinarea.

43. Indicaţi câte procente de populaţie trebuie să fie cuprinse cu vaccinarea antipoliomielitică, pentru a preveni apariţia de noi cazuri sau a unei epidemii:
A. 90%.
B. 80%.
C. 70%.
D. 60%.
E. 50%.

44. Mortalitatea în empiemul subdural atinge 40% din cauza:
A. Ineficacităţii remediului antibacterian.
B. Eşecului identificării agentului patogen în licvor şi respectiv administrarea greşită a tratamentului.
C. Dificultăţilor de diagnostic şi respectiv a tratamentului întârziat.
D. Unei suprainfecţii (infecţie mixtă), fiecare germene patologic având specificul său.
E. Examenului CT sau RMN, care nu vizualizează focarul patologic.

45. Arahnoiditele se desfăşoară în special după:
   A. Suportarea unei gripe.
   B. Suportarea unei angine.
   C. Reumatism.
   D. Sepsis.
   E. Afecțiunile acute sau cronice ale sferei otorinolaringologice.

46. Arahnoiditele posttraumatice se localizează, de regulă:
   A. Pe suprafața convexitală a regiunii fronto-parietale.
   B. În fosa craniană anterioară.
   C. În unghiul ponto-cerebelos.
   D. În fosa craniană medie.
   E. În fosa craniană posterioară.

47. Dintre simptomele generale în arahnoiditele cerebrale predomină:
   A. Cefaleea.
   B. Manifestările de iritare meningeană (meningismul).
   C. Sindromul convulsiv.
   D. Hipertermia.
   E. Agitația psihomotorie.

48. Manifestările clinice de focar ale arahnoiditelor cerebrale depind de:
   A. Expresia dereglărilor morfopatologice.
   B. Starea sistemului imun al pacientului.
   C. Localizarea procesului patologic.
   D. Specificul germenului patologic.
   E. Alegerea remediului antibacterian.

49. Manifestările clinice de arahnoidită de fosă craniană posterioară au foarte mult comun cu manifestările de:
   A. Meningită sifilitică.
   B. Tumoare de cerebel.
   C. Meningită borelică limfocitară.
   D. Arahnoidită de unghi ponto-cerebelos.
   E. Arahnoidită cerebrală convexitală.

50. Până la implementarea uzuală a tomografiei computerizate şi a rezonanței magnetice cerebrale, prioritate în diagnosticul arahnoiditelor avea:
   A. Examenul clinic.
   B. Scintigrafia cerebrală.
   C. Pneumoencefalografia.
   D. Ventriculografia cerebrală.
   E. Electroencefalografia.

51. Indicați măsura terapeutică primordială pentru a preveni arahnoiditele cerebrale, dacă se descoperă afecțiuni otorinolaringologice:
   A. Administrarea antibioticelor.
   B. Administrarea sulfanilamidelor.
   C. Administrarea salicilaților.
   D. Sanarea focarelor de infecție.
   E. Administrarea corticosteroizilor.

52. Importantă în stabilirea diagnosticului de mielită este următoarea modificare patologică a lichidului cefalorahidian:
A. Creşterea moderată a presiunii.
B. Sindromul lichidian meningitic.
C. Diminuarea conţinutului de glucoză.
D. Creşterea semnificativă a glicorahiei.
E. Diminuarea conţinutului de cloride.

53. Investigaţia imagistică de elecţie în diagnosticarea mielitei transverse este:
A. Rezonanţa magnetică nucleară.
B. Tomografia computerizată.
C. Mielografia.
D. Mielografia computerizată.
E. Epidurografia.

54. Sifilisul este o maladie sexual-transmisibilă cauzată de:
A. Virusul imunodeficienţei umane.
B. *Toxoplasma gondi.*
C. *Borrelia burgdorferi.*
D. Treponema palidă.
E. Streptococul β-hemolitic din grupul A.

55. În cazul neurosifilisului cu afectarea selectivă a meningelui bazei encefalului, dintre nervii cranieni de cele mai multe ori suferă nervul:
A. Olfactiv.
B. Optic.
C. Oculomotor.
D. Abducens.
E. Facial.

56. Alegeţi descrierea corectă a semnului Argyll-Robertson din meningita sifilitică:
A. Fotoreacţia directă şi consensuală este abolită, în timp ce acomodaţia pupilară şi convergenţa globilor oculari sunt perfecte.
B. Fotoreacţia directă şi consensuală este perfectă, în timp ce acomodaţia pupilară şi convergenţa globilor oculari sunt abolite.
C. Sunt abolite funcţiile de îngustare pupilară, atât la controlul fotoreacţiei directe şi consensuale, cât şi la controlul acomodaţiei şi convergenţei globilor oculari.
D. Fotoreacţia directă este abolită, în timp ce fotoreacţia consensuală este perfectă.
E. Fotoreacţia directă este perfectă, în timp ce fotoreacţia consensuală este abolită.

57. Dispariţia simţului de durere la compresiunea puternică a tendonului achilian în faza de instalare a hipoesteziei în tabesul dorsal se numeşte semn:
A. Bernadski.
B. Argyll-Robertson.
C. Wasserman.
D. Lange.
E. Abadi.

58. Un semn patognomonic precoce al tabesului dorsal este:
   A. Dispariţia simţului de durere la compresiunea puternică a nervului ulnar în vecinătatea apofizei cubitale.
   B. Diminuarea acuităţii vizuale.
   C. Dereglări ale vederii cromatice.
   D. Îngustarea concentrică a câmpului vizual.
   E. Diminuarea şi abolirea reflexelor osteotendinoase.

59. Care reflexe deţin întâietatea în procesul de abolire a reflexelor osteotendinoase în tabesul dorsal?
   A. De pe extremităţile superioare.
   B. Abdominale.
   C. Cremasterian.
   D. Achiliene şi rotuliene.
   E. Plantare.

60. Indicaţi cel mai frecvent test reaginic utilizat în diagnosticul de laborator al sifilisului:
   A. Reacţia Wasserman.
   B. Reacţiile coloidale Lange.
   C. Reacţia de imunofluorescenţă.
   D. VDRL (Veneral Disease Research Laboratory).
   E. Reacţiile de precipitare Kan.

61. Faza atactică a tabesului dorsal se caracterizează prin:
   A. Dureri radiculare intense cu caracter lancinant.
   B. Parestezii.
   C. Abolirea reflexelor osteotendinoase.
   D. Ataxie spinală progresivă.
   E. Excitare sexuală exagerată.

62. Leucoencefalita multifocală progresivă este o afecţiune provocată de:
   A. Un virus al grupului lentivirus din familia retrovirusurilor.
   B. *Cryptococcus neoformans*.
   C. Micobacterii atipice.
   D. Un papovirus ubicuitar (virusul JC).
   E. Citomegalovirus.

63. Gazda definitivă a infecţiei *Toxoplasma gondi* este:
   A. Hulubul.
   B. Pisica.
   C. Porcul.
   D. Capra.
   E. Rozătoarele mici.

64. Omul achiziţionează agentul patogen în maladia Lyme prin:
   A. Înţepătura de ţânţar.
   B. Ingerarea chisturilor (biftec puţin prăjit, carne de oaie crudă, contactul cu fecale de pisică).
   C. Înţepătura căpuşelor infectate din clasa *Ixodes*.
   D. Consumul de lapte şi produse lactate.
   E. Perfuzii intravenoase.

65. Eritemul cronic migrator este un semn clinic prețios în stabilirea diagnosticului bolii:
   A. Imunodeficiență umană (HIV/SIDA).
   B. Neurosifilis.
   C. Lyme.
   D. Toxoplasmoză.
   E. Bruceloză.

66. Indicați simptomul care, uneori, este dominant în meningita borelică:
   A. Astenia.
   B. Cefaleea.
   C. Grețurile.
   D. Voma.
   E. Fotofobia.

67. Indicați simptomul care poate fi unica manifestare a radiculonevritei borelice:
   A. Durerea.
   B. Hipoalgezia de tip segmentar.
   C. Tulburările de ortostațiune.
   D. Semnele de elongație pozitive.
   E. Diminuarea reflexului achilian.

68. Indicați neuropatia craniană cea mai frecventă în neuroborelioză:
   A. Facială.
   B. Oculomotorie.
   C. Trigeminală.
   D. Cohleară.
   E. Vestibulară.

69. Cea mai severă manifestare neurologică a maladiei Lyme este:
   A. Encefalita.
   B. Mielita.
   C. Meningita.
   D. Neuropatia facială.
   E. Eritemul migrator.

70. O importanță decisivă în stabilirea diagnosticului de neuroborelioză au:
   A. Datele clinice.
   B. Datele anamnestice.
   C. Datele epidemiologice.
   D. Diagnosticul de laborator.
   E. Examenul neuroimagistic.

71. Acrodermatita cronică atrofică este o formă dermatologică tardivă a:
   A. Bolii Parkinson.
   B. Encefalomielitei progresive.
   C. Toxoplasmozei.
   D. Brucelozei.
   E. Maladiei Lyme.

72. De ce în cazul vizitării zonelor de viețuire naturală a ixodelor se recomandă folosirea îmbrăcămintei de culoare deschisă?
   A. Deoarece poate fi ușor îmbibată cu repelent antiacarian.

B. Pentru a detecta rapid căpuşele.
C. Deoarece căpuşele „nu văd" culorile deschise.
D. Fiindcă nuanţa albă respinge atacul căpuşelor.
E. Fiindcă îmbrăcămintea de culoare albă diminuează eliberarea undelor infraroşii produse de corpul uman, astfel diminuând şi atacul căpuşelor.

73. Una dintre cele mai frecvente manifestări ale brucelozei este:
A. Multinevrita acută.
B. Poliradiculonevrita acută.
C. Polineuropatia cronică inflamatorie demielinizantă.
D. Meningita acută sau cronică.
E. Encefalita limbică.

74. Indicaţi care pereche de nervi cranieni este cel mai des implicată în bruceloza sistemului nervos:
A. A IV-a (n. trohlear).
B. A V-a (n. trigemen).
C. A VI-a (n. abducens).
D. A VII-a (n. facial).
E. A VIII-a (n. vestibulocohlear).

75. Conform distribuţiei geografice, hidatioza prevalează în:
A. Europa.
B. Asia.
C. America de Nord.
D. Africa.
E. Ţările în care creşterea oilor şi a vitelor mari cornute este foarte dezvoltată.

76. Frecvenţa hidatiozei cerebrale este în funcţie de:
A. Endemia echinococozei.
B. Caracterul sezonier al maladiei (lunile martie–mai).
C. Sursa naturală a maladiei.
D. Evoluţia bolii la om.
E. Inocularea primară a parazitului în organismul uman.

77. În structura localizării, echinococoza cerebrală deţine locul:
A. Întâi.
B. Doi.
C. Trei.
D. Patru.
E. Cinci.

78. Localizarea preferenţială a chistului hidatic în echinococoza sistemului nervos este:
A. Măduva spinării.
B. Emisfera cerebrală.
C. Sacul dural medular.
D. Unghiul ponto-cerebelos.
E. Sistemul ventricular cerebral.

79. Indicați localizarea extrem de rară a hidatiozei sistemului nervos:
   A. Fosa craniană anterioară.
   B. Fosa craniană medie.
   C. Fosa craniană posterioară.
   D. Teritoriul arterei sylviene.
   E. Canalul medular.

80. Tratamentul conservator medical al echinococozei cerebrale:
   A. Nu există.
   B. Administrare de streptomicină.
   C. Administrare intravenoasă de penicilină G.
   D. Administrare de pirimetamină.
   E. Administrare de sulfadiazină.

81. Cea mai frecventă formă de cisticercoză a sistemului nervos este:
   A. Cisticercoza emisferică.
   B. Cisticercoza ventriculară.
   C. Cisticercoza bazală.
   D. Cisticercoza generală difuză.
   E. Cisticercoza trunculară.

82. Cisticercoza cerebrală emisferică se manifestă prin:
   A. Criză comițială de tip focal.
   B. Hipertensiune intracraniană.
   C. Tulburări psihice.
   D. Deficit neurologic.
   E. Criză comițială primar generalizată.

83. Blocând căile de circulație ale lichidului cefalorahidian, cisticercozele ventriculare provoacă:
   A. Epilepsie secundară.
   B. Hipertensiune intracraniană.
   C. Disfuncție vegetativă suprasegmentară.
   D. Excitație psihomotorie.
   E. Reacție toxicoalergică.

84. Dintre multiplele teste imunobiologice, unica identificare de laborator a cisticercozei nevraxiale este:
   A. Leucopenia cu limfocitoză relativă din analiza generală a sângelui.
   B. Eozinofilia în examenul general în sânge și în lichidul cefalorahidian.
   C. Reacția de fixare a complementului în lichidul cefalorahidian.
   D. Testul imunoenzimatic (*ELISA*).
   E. Reacția de imunofluorescență indirectă.

85. Diseminarea veziculelor în cisticercoza medulară secundară are loc pe cale:
   A. Hematogenă.
   B. Limfogenă.
   C. Gastrointestinală.
   D. Lichidiană.
   E. De migrare axonoplasmatică.

86. Dintre toate medicamentele folosite în tratamentul cisticercozei cerebrale, cele mai categorice indicații are:
   A. Notezinul.
   B. Antimoniul.
   C. Medicația anticonvulsivă.
   D. Piretoterapia antiinflamatorie.
   E. Corticoterapia.

87. Principala complicație postoperatorie în tratamentul chirurgical al cisticercozei cerebrale generalizate este:
   A. Hipertensiunea intracraniană.
   B. Blocajul ventricular.
   C. Diseminarea lichidiană a veziculelor.
   D. Meningoencefalita ca reacție toxicoalergică.
   E. Instalarea stării de rău epileptic, ce nu reacționează la tratamentul anticomițial.

88. Paragonimiaza este o:
   A. Parazitoză frecventă în Extremul Orient.
   B. Encefalomielită acută diseminată, care face parte din grupul bolilor demielinizante.
   C. Infectare a creierului şi măduvei spinării, cu forma larvară a cestodului *Taenia solium*.
   D. Boală parazitară determinată de dezvoltarea în organism a larvei de *Taenia echinococcus*.
   E. Boală cu parazitism intracelular.

89. Adesea, debutul paragonimiazei se manifestă prin:
   A. Convulsii.
   B. Cefalee.
   C. Diaree.
   D. Nistagmus.
   E. Tulburări ale funcțiilor nervilor cranieni.

90. Prognosticul în paragonimiază este:
   A. Favorabil.
   B. Nefavorabil.
   C. Grav.
   D. Uşor.
   E. Rezervat.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. În funcție de evoluție, neuroinfecțiile se clasifică în:
   A. Fulminante.
   B. Acute.
   C. Subacute.
   D. Cronice (infecții persistente).
   E. Remitente.

2. Perioadele succesive ale neuroinfecției sunt:
   A. Invazia.
   B. Perioada de stare.
   C. Perioada de declin.
   D. Perioada de convalescență.
   E. Perioada de cronicizare.

3. Faza acută a procesului neuroinfecțios este determinată de:
   A. Instalarea unor procese autoimune.
   B. Suferința neuronilor.
   C. Declanșarea unor mecanisme de autoagresiune împotriva țesutului cerebral.
   D. Suferința infecțioasă a vaselor cerebrale și medulare.
   E. Acțiunea toxică a agentului patogen asupra întregului organism.

4. Triada meningitică (algoritmul de diagnostic al meningitei) cuprinde:
   A. Semne și simptome generale de infecție (hipertermie, cefalee, grețuri, vomă, frisoane etc.).
   B. Sindromul meningian pozitiv.
   C. Sindromul licvorean meningitic pozitiv.
   D. Sindromul licvorean de disociație celulară-proteică pozitiv.
   E. Starea de meningism.

5. Meningita septică acută poate fi provocată de orice germene bacterian patologic. În majoritatea cazurilor însă este cauzată de:
   A. Meningococ (*Neisseria meningitidis*).
   B. Virusul *Coxsackie*.
   C. Pneumococ (*Streptococus pneumoniae*).
   D. Streptococul β-hemolitic din grupul A.
   E. *Haemophilus influenzae*.

6. Alegeți afirmațiile juste referitoare la epidemiologia meningitei meningococice:
   A. Infecția meningococică se transmite pe cale fecal-orală.
   B. Afecțiunea are un caracter sporadic, mai rar se constată epidemii de proporții mici.
   C. Pot fi infectate persoane de toate vârstele.
   D. Este o meningită secundară și se dezvoltă la bolnavii cu otite cronice purulente.
   E. Reprezintă o reacție infecțioasă-alergică vasculo-parenchimatoasă a țesutului cerebral.

7. Indicați antibioticele care pot fi folosite în tratamentul meningitei meningococice:
   A. Penicilina.
   B. Ampicilina.
   C. Cloramfenicolul.
   D. Lincomicina.
   E. Rifampicina.

8. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la meningita limfocitară (seroasă) acută:
   A. Debutează prin hipertermie, durere de cap pronunțată, vomă.
   B. Pe mucoasa buzelor și cavității nazale, de obicei, se observă erupții herpetice și se dezvoltă amigdalita herpetică.

C. Examenul neurologic pune în evidență absența sindromului meningeal.
D. Analiza generală a sângelui este normală sau poate arăta o leucopenie şi o limfocitoză relative.
E. Lichidul cefalorahidian este clar, se elimină sub presiune înaltă, în componența lui se depistează o pleiocitoză limfocitară, conținutul de proteine creşte uşor, conținutul de glucoză rămâne normal.

9. În funcție de sindromul clinic dominant, se disting următoarele forme ale meningitei tuberculoase:
A. Meningoconvexitală.
B. Meningobazală.
C. Horioidală.
D. Meningovasculară.
E. Meningospinală.

10. Diagnosticul diferențial al meningitei tuberculoase trebuie să includă:
A. Meningita cu criptococ.
B. Meningitele acute sau cronice virale şi cele bacteriene parțial tratate.
C. Infiltrația neoplazică şi granulomatoasă (carcinoamele, leucemiile, limfoamele, sarcoidoza).
D. Tumorile cerebrale.
E. Encefalita herpetică.

11. Deosebit de greu decurge meningita tuberculoasă la:
A. Copii.
B. Persoanele de vârstă înaintată.
C. Bolnavii cu SIDA.
D. Bolnavii cu coree Sydenham.
E. Bolnavii cu sistem imun compromis.

12. Deseori, meningita tuberculoasă condiționează manifestări reziduale sub formă de:
A. Accese epileptice.
B. Dereglări psihice.
C. Dereglări somato-viscerale.
D. Dereglări comportamentale.
E. Tulburări oculomotorii.

13. Encefalita este o leziune a encefalului cu semnificație:
A. Vasculară.
B. Toxică.
C. Alergică.
D. Infecțioasă-alergică.
E. Infecțioasă.

14. În conformitate cu criteriul histologic, se deosebesc următoarele forme de encefalite:
A. Polioencefalite.
B. Corioencefalite.
C. Leucoencefalite.
D. Meningoencefalite.
E. Panencefalite.

15. Criteriul anatomo-patologic clasifică encefalitele în:
   A. Necrotice.
   B. Demielinizante.
   C. Crepusculare.
   D. Infiltrative-proliferative.
   E. Hemoragice.

16. Indicați encefalitele care se consideră a fi provocate de prioni:
   A. Encefalita epidemică letargică von Economo.
   B. Boala Creutzfeldt-Jakob.
   C. Boala Kuru.
   D. Insomnia fatală familială.
   E. Encefalita herpetică.

17. În raport cu criteriul sezonier şi epidemiologic, encefalitele se clasifică în:
   A. Sezoniere.
   B. Fără caracter sezonier strict definit.
   C. Endemice.
   D. Epidemice.
   E. Izolate.

18. Afectarea sistemului nervos central în encefalita herpetică are loc pe cale:
   A. Hematogenă.
   B. Axonoplasmatică.
   C. Aeriană.
   D. Fecal-orală.
   E. Parenterală.

19. Zonele de necroză în faza acută a encefalitei herpetice pot fi localizate în:
   A. Lobul temporal.
   B. Lobul frontal.
   C. Lobul parietal.
   D. Hipocamp.
   E. Lobul occipital.

20. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la tabloul clinic şi evoluția encefalitei herpetice:
   A. Boala debutează prin manifestări clinice de hemoragie subarahnoidiană.
   B. Mai târziu se instalează faza manifestărilor generale.
   C. Urmează faza manifestărilor de focar.
   D. Agravarea progresivă este urmată mai apoi de dereglări de respirație, sindrom meningeal, stare comatoasă.
   E. 70–80% din supraviețuitori rămân cu grave manifestări sechelare.

21. Diagnosticul diferențial al encefalitei herpetice se face în primul rând cu:
   A. Meningita tuberculoasă atipică.
   B. Encefalita reumatică.
   C. Encefalita cauzată de zona Zoster.
   D. Encefalita letargică (boala von Economo).
   E. Encefalita rujeolică.

22. Combaterea edemului cerebral în faza acută a encefalitei herpetice se face prin administrare de:
   A. Anticonvulsive.
   B. Diuretice osmotice.
   C. Aciclovir.
   D. Corticosteroizi.
   E. Desensibilizante.

23. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la etiologia şi detaliile epidemiologice ale encefalitei gripale:
   A. Boala este provocată, de cele mai multe ori, de virusurile gripale A, B şi asiatic.
   B. Are caracter sezonier (în perioada epidemiilor de gripă).
   C. Atacă mai ales copilul mic, între 6 luni şi 5 ani.
   D. Pot fi afectaţi şi adulţii.
   E. Proporţia femei/bărbaţi este de aproximativ 2:1.

24. Indicaţi formele de focar ale encefalitei gripale:
   A. Medulară.
   B. Bulbară.
   C. Cohleovestibulară.
   D. Mezodiencefalică.
   E. Pontină.

25. În cazurile dificile de diagnostic în encefalita gripală, o importanţă decisivă au:
   A. Examenul serologic.
   B. Examenul virusologic.
   C. Examenul prin CT cerebrală.
   D. Examenul prin rezonanţă magnetică cerebrală.
   E. Examenul prin tomografie prin emisie de pozitroni.

26. Encefalita reumatică survine sporadic, îndeosebi în perioadele:
   A. Martie–aprilie.
   B. Noiembrie–decembrie.
   C. Ianuarie–februarie.
   D. Septembrie–octombrie.
   E. Mai–iunie.

27. Sindroamele clinice cardinale ale encefalitei reumatice sunt:
   A. Delirul.
   B. Somnolenţa sau insomnia.
   C. Mişcările coreice.
   D. Hipotonia musculară.
   E. Labilitatea emoţională.

28. Indicaţi tehnicile clinice elaborate pentru a diferenţia mişcările coreice de hiperkineziile funcţionale:
   A. Semnul indicelui Kreindler.
   B. Semnul pronator Willson.
   C. Examinatorul discută cu copilul, sprijinindu-se pe mâinile lui.
   D. Probe de forţă continuă egală.
   E. Fenomenul Gordon.

29. Au fost descrise următoarele forme clinice ale encefalitei reumatice:
   A. Obişnuită, generalizată.
   B. Hemicoree.
   C. Cu predominanţă mintală.
   D. Coree gravidică.
   E. Coree juvenilă.

30. Analiza generală a sângelui în encefalita reumatică poate prezenta:
   A. O anemie.
   B. O leucocitoză uşoară.
   C. Viteză de sedimentare a hematiilor (VSH) crescută.
   D. Limfocitoză.
   E. Eozinofilie relativă.

31. Indicaţi semnele morfopatologice ale encefalitei rujeolice.
   A. Hemoragii parenchimatoase-meningiene.
   B. Edemaţierea pereţilor vaselor cerebrale.
   C. Vacuolizarea şi omogenizarea celulelor nervoase.
   D. Demielinizarea diseminată, hemoragii, flebotromboze ale venelor şi sinusurilor cerebrale.
   E. Leziuni acute ale celulelor din cortexul cerebral.

32. Alteori, simptomatologia neurologică a encefalitei rujeolice ia aspect de:
   A. Pareze, plegii.
   B. Hiperkinezie.
   C. Afectare a perechilor de nervi cranieni II, III, VII.
   D. Tulburări conductive ale sensibilităţii, tulburări sfincteriene.
   E. Sindrom extrapiramidal.

33. Indicaţi formele de focar ale encefalitei rubeolice:
   A. Hipokinetică.
   B. Hiperkinetică.
   C. Paralitică.
   D. Bazală.
   E. Ataxică.

34. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la etiopatogenia şi epidemiologia encefalitei variceloase:
   A. Este o encefalită primară.
   B. Survine cu o incidenţă de 15–20%.
   C. Incubaţia este de 3–8 zile de la constituirea erupţiei cutanate.
   D. Reprezintă o reacţie infecţioasă-alergică a ţesutului cerebral.
   E. Reprezintă o reacţie vasculo-parenchimatoasă a ţesutului cerebral.

35. La baza mecanismului patogenic al reacţiei encefalice stau:
   A. Tulburările hemolicvorodinamice.
   B. Reacţia inflamatorie hiperergică a meningelor.
   C. Hipoxia.
   D. Demielinizarea inflamatorie a sistemului nervos central.
   E. Reacţia neadecvată a sistemului imun la o agresiune infecţioasă sau toxică.

36. Acidoza metabolică cerebrală provoacă:
   A. Denaturarea structurilor proteice.
   B. Creşterea permeabilităţii membranelor cerebrale.
   C. Pătrunderea fără piedică a ionilor de sodiu în celulă.
   D. Vacuolizarea şi omogenizarea celulelor nervoase.
   E. Infiltraţia neurogliei cu neutrofile şi limfocite.

37. Accesele convulsive în reacţia encefalică sunt precedate de:
   A. Nelinişte generală.
   B. Cutremurări.
   C. Tremor.
   D. Secuze musculare.
   E. Reducerea reflexelor osteotendinoase.

38. Examenul clinic al bolnavului în stare de rău epileptic urmăreşte scopul de a stabili:
   A. Maladiile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.
   B. Faza de evoluţie a maladiei.
   C. Caracterul convulsiilor.
   D. Gradul de tulburare a conştienţei.
   E. Existenţa unei eventuale simptomatologii trunculare.

39. Răspândirea edemului spre etajele superioare ale trunchiului cerebral se manifestă prin:
   A. Convulsii de decerebrare.
   B. Strabism convergent.
   C. Strabism divergent.
   D. Nistagmus vertical spontan.
   E. Nistagmus orizontal cu componentă rotatorie.

40. Sindromul de decerebrare la copilul de vârstă fragedă se manifestă prin:
   A. Reacţie minimală la excitaţii externe.
   B. Dispariţia abilităţilor preexistente de vorbire.
   C. Dispariţia abilităţilor preexistente de motilitate voluntară.
   D. Dispariţia reflexelor automatismului oral.
   E. Instalarea reflexelor labirintice tonice.

41. Tratamentul complex al reacţiei encefalice include:
   A. Antimicotice.
   B. Medicaţie etiologică.
   C. Antibiotice de spectru larg.
   D. Diuretice osmotice.
   E. Plasmă sau albumină.

42. Indicaţi manifestările tipice pentru faza acută a encefalitei epidemice:
   A. Sindromul convulsiv.
   B. Febra.
   C. Agitaţia psihomotorie.
   D. Tulburările funcţiei hipnice.
   E. Paraliziile oculare.

43. Indicați formele clinice posibile în varianta clasică de evoluție a encefalitei letargice:
   A. Forma delirioasă.
   B. Forma comițială.
   C. Forma somnolentă-oftalmoplegică.
   D. Forma hiperkinetică.
   E. Forma akinetică.

44. Surse de virus natural al encefalitei de căpuşe din Europa Centrală sunt:
   A. Diverse rozătoare.
   B. Pisicile.
   C. Câinii.
   D. Păsările.
   E. Reptilele.

45. Indicați fazele evoluției encefalitei de căpuşe din Europa Centrală:
   A. Faza de viremie (aspect „gripal").
   B. Faza de localizare pe sistemul nervos central, cu aspect de encefalită acută sau encefalomielită.
   C. Faza cronică.
   D. Faza de convalescență.
   E. Faza sechelară.

46. Diagnosticul de encefalită de căpuşe din Europa Centrală se suspectează şi se precizează în baza:
   A. Datelor clinice.
   B. Datelor epidemiologice.
   C. Examenelor bacteriologice.
   D. Examenelor serologice.
   E. Eliminării altor factori etiologici.

47. Indicați elementele auxiliare în diagnosticul pozitiv al encefalitei de căpuşe din Europa Centrală:
   A. Zonele cu epidemii de encefalită.
   B. Înregistrarea unui număr sporit de cazuri de parkinsonism.
   C. Călătorii în zone cu epidemii de encefalită.
   D. Pierirea în masă a păsărilor şi rozătoarelor sălbatice.
   E. Înțepături de căpuşe.

48. Caracteristicile lichidului cefalorahidian în encefalita de căpuşe din Europa Centrală sunt următoarele:
   A. Este clar sau uşor opalescent.
   B. Este tulbure, de culoare galben-verzuie.
   C. Conține câteva zeci/sute de limfocite/$mm^3$.
   D. Proteinorahia este moderat crescută.
   E. Glicorahia este moderat redusă.

49. La necesitate, în caz de obstruare a căilor respiratorii, în encefalita de căpuşe din Europa Centrală se recurge la:
   A. Administrarea mucoliticelor.
   B. Administrarea vitaminelor B ($B_1$, $B_{12}$ şi $B_6$) în doze mari.

C. Aspirarea secrețiilor.
D. Traheostomie.
E. Respirație asistată.

50. Poliomielita acută anterioară rămâne actuală pentru țările:
A. Americii de Nord.
B. Cu decădere economică.
C. Scandinave.
D. Africii.
E. Asiei.

51. Virusul poliomielitei se transmite pe cale:
A. Fecal-orală.
B. Parenterală.
C. Sexuală.
D. Aerogenă.
E. Habituală.

52. Poarta de intrare a virusului poliomielitic în organism este:
A. Mucoasa globilor oculari.
B. Orofaringele.
C. Tractul gastrointestinal.
D. Mucoasa organelor genitale.
E. Defectele de pe suprafața tegumentelor corpului.

53. Virusul poliomielitic se multiplică în:
A. Ganglionii paravertebrali.
B. Celulele epiteliale ale intestinului.
C. Țesutul limfatic al faringelui.
D. Țesutul limfatic al intestinului.
E. Celulele nervoase (mai ales în neuronii motorii).

54. Indicați stadiile patogeniei poliomielitei acute anterioare:
A. Stadiul tonsilitei.
B. Stadiul nevraxial.
C. Stadiul intestinal.
D. Stadiul de viremie (apare atunci când apărarea locală și cea limfatică intestinală sunt depășite).
E. Stadiul de invazie a sistemului nervos central.

55. În funcție de localizarea parezelor și paraliziilor, în stadiul paralitic al poliomielitei acute anterioare se disting următoarele forme clinice:
A. Spinală.
B. Bulbară.
C. Pontină.
D. Mixtă.
E. Corticală.

56. Izolarea virusului poliomielitic se face din:
A. Spălături nazofaringiene.
B. Fecale.

C. Lichidul cefalorahidian.
D. Spută.
E. Țesutul nervos (la necropsie).

57. În majoritatea cazurilor, afectarea învelişului dur cerebral în bolile infecțioase are loc din cauza ascensiunii infecției din:
A. Cavitatea bucală.
B. Sinusurile paranazale.
C. Oasele craniului.
D. Sistemul mandibulodentar.
E. Oasele tubulare mari.

58. Alegeți entitățile nozologice care se referă la afecțiunile infecțioase ale *durei mater:*
A. Abcesul epidural.
B. Empiemul subdural.
C. Arahnoidita cerebrală.
D. Abcesul intraparenchimatos.
E. Infiltrația purulentă a țesuturilor moi ale craniului.

59. Afecțiunile urechii medii, de cele mai multe ori, cauzează apariția arahnoiditelor:
A. Fosei craniene anterioare.
B. Fosei craniene medii.
C. Unghiului pontocerebelos.
D. Fosei cerebrale posterioare.
E. Cisternei craniene mari.

60. Procesele patologice ale cavității nazale şi ale sinusurilor paranazale contribuie la apariția arahnoiditelor:
A. Bazale.
B. Fosei craniene anterioare.
C. Fosei craniene medii.
D. Unghiului ponto-cerebelos.
E. Fosei craniene posterioare.

61. În patogenia arahnoiditelor cerebrale joacă un rol important:
A. Reacția inflamatorie hiperergică a meningelor.
B. Tulburările locale de circulație sanguină la nivel de tunici cerebrale şi spațiu subarahnoidian.
C. Tulburările locale de circulație lichidiană la nivel de tunici cerebrale şi spațiu subarahnoidian.
D. Procesele alergice.
E. Procesele de hipersensibilitate imună.

62. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la modificările morfopatologice depistate în arahnoidite:
A. Învelişul păienjenos devine dens, de culoare gri-deschis.
B. Între arahnoidă şi învelişul moale, pe de o parte, şi cel dur, pe de altă parte, se formează adeziuni.
C. Procesul proliferativ conduce la formarea chisturilor arahnoidiene cu conținut de lichid cefalorahidian.

D. Adeziunile şi chisturile exercită acţiune compresivă asupra sectoarelor din vecinătate, provocând tulburări de circulaţie sanguină şi lichidiană.
E. Procesul patologic afectează deosebit de semnificativ substanţa neagră şi regiunea nucleilor oculomotorii din calota creierului mijlociu.

63. Lichidul cefalorahidian în arahnoiditele cerebrale:
A. La puncţie lombară se scurge sub presiune crescută.
B. La examenul de laborator întotdeauna denotă modificări patologice.
C. Are o componenţă de obicei normală.
D. La examenul de laborator denotă o uşoară creştere a conţinutului de proteine.
E. La examenul de laborator denotă o uşoară creştere a numărului de celule.

64. În arahnoiditele cerebrale convexitale se evidenţiază:
A. Tulburările de hemitip cortical al sensibilităţii.
B. Tulburările de monotip cortical al sensibilităţii.
C. Accesele jacksoniene senzitive.
D. Accesele jacksoniene motorii.
E. Semnele meningeale negative.

65. Indicaţi modificările câmpului vizual posibile în arahnoiditele cerebrale optico-chiasmale:
A. Îngustare concentrică.
B. Scotom central.
C. Hemianopsie heteronimă bitemporală.
D. Hemianopsie heteronimă binazală.
E. Hemianopsie omonimă stângă sau dreaptă.

66. Procesul patologic în arahnoiditele cerebrale optico-chiasmale poate să se manifeste prin:
A. Atingerea funcţiilor nervului oculomotor comun.
B. Tulburări de hemi- sau monotip cortical al sensibilităţii.
C. Atingerea funcţiilor nervului olfactiv.
D. Atingerea căilor piramidale.
E. Accese jacksoniene senzitive şi/sau motorii.

67. Tratamentul chirurgical al chisturilor arahnoidiene cu efect de masă se face în cazul:
A. Evoluţiei negative a cefaleei.
B. Sindromului epileptic rebel la terapie anticomiţială.
C. Hidrocefaliei ocluzante.
D. Manifestărilor de focar în evoluţie progresivă.
E. Vomelor persistente.

68. Localizarea de elecţie a arahnoiditelor spinale este:
A. Joncţiunea cranio-spinală.
B. Regiunea cervicală.
C. Regiunea toracică.
D. Regiunea lombară.
E. *Cauda equina*.

69. Indicați fazele evoluției clinice a neurinomului intrarahidian intradural dorsal:
  A. Faza manifestărilor generale.
  B. Faza manifestărilor de focar.
  C. Faza manifestărilor de tip radicular.
  D. Faza sindromului Brown-Séquard.
  E. Faza lezării medulare transverse totale.

70. Indicați examenele neuroimagistice care contribuie în mod decisiv la stabilirea diagnosticului de arahnoidită spinală:
  A. Spondilografia.
  B. Epidurografia.
  C. Mielografia.
  D. Tomografia computerizată.
  E. Rezonanța magnetică nucleară.

71. Diagnosticul diferențial al arahnoiditelor spinale se face cu:
  A. Tumorile cerebrale.
  B. Forma spinală a sclerozei multiple.
  C. Siringomielia.
  D. Mielopatia vasculară cronică.
  E. Hematomielia.

72. În funcție de criteriul patogenic, mielitele sunt:
  A. Parainfecțioase.
  B. Postinfecțioase.
  C. Primare.
  D. Secundare.
  E. *Per continuum.*

73. Indicați stările după care se poate instala mielita secundară:
  A. Anghine.
  B. Pneumonii.
  C. Gripă.
  D. Traumatism craniocerebral.
  E. Vaccinare antirabică.

74. Virusul și toxinele lui pătrund în măduva spinării, producând mielita, pe cale:
  A. Iatrogenă (puncție lombară, infiltrații epidurale, perfuzii intravenoase).
  B. De migrare axonoplasmatică.
  C. Hematogenă.
  D. Limfogenă.
  E. Prin spațiile perineurale.

75. Drept factori favorizanți în patogenia mielitei pot servi:
  A. Suprarăcirea.
  B. Intoxicațiile.
  C. Ṣupraefortul fizic.
  D. Supraefortul psihoemoțional.
  E. Traumatismul vertebro-medular.

76. Procesul patologic în mielite se poate localiza la nivel medular:
   A. Cervical.
   B. Toracic.
   C. Lombosacrat.
   D. Bulbar.
   E. Pontin.

77. Indicaţi simptomele caracteristice tabloului clinic al mielitei:
   A. Vertijul.
   B. Tetra- sau paraplegia/pareza.
   C. Tulburarea conductivă (paraplegică) a tuturor felurilor de sensibilitate.
   D. Tulburări ale funcţiilor sfincteriene.
   E. Dereglările vegetative-trofice.

78. În funcţie de evoluţie, mielitele se divizează în:
   A. Fulminante.
   B. Subacute.
   C. Fruste.
   D. Cronice.
   E. Staţionare.

79. Care dintre examinările electrofiziologice enumerate mai jos pot fi utile în stabilirea diagnosticului de suferinţă medulară, precum şi a prognosticului evoluţiei mielitei acute:
   A. Examenul EMG cu electrod coaxial.
   B. Electroneurografia.
   C. Potenţialele evocate motorii.
   D. Potenţialele evocate auditive.
   E. Potenţialele evocate somatosenzoriale.

80. Profilaxia mielitei acute presupune:
   A. Vaccinarea.
   B. Administrarea gama-globulinei.
   C. Administrarea antibioticelor.
   D. Combaterea şi sanarea focarelor de infecţii.
   E. Măsurile de călire şi fortificare generală a organismului uman.

81. Neurosifilisul, în raport cu axa timpului, se clasifică în:
   A. Primar.
   B. Secundar.
   C. Terţiar.
   D. Precoce.
   E. Tardiv.

82. Tabesul dorsal în varianta clasică parcurge următoarele faze de evoluţie:
   A. Asimptomatică.
   B. Nevralgică.
   C. Atactică.
   D. Paralitică.
   E. Vindecare spontană.

83. Indicaţi modificările pupilare care se pot observa deja în prima fază de evoluţie a tabesului dorsal:
A. Mioza paralitică.
B. Semnul Argyll Robertson.
C. Midriaza paralitică.
D. Pupila crenelată.
E. Anizocoria.

84. În faza nevralgică a tabesului dorsal pot fi afectaţi nervii cranieni:
A. Optic.
B. Oculomotor comun.
C. Trohlear.
D. Auditiv.
E. Hipoglos.

85. Virusul imunodeficienţei umane are tropism pentru următoarele tipuri de celule:
A. Macrofag-monocit (în sistemul nervos central omologul lor este microglia).
B. Limfocite T helper.
C. Limfocite T killer.
D. Macroglie.
E. Oligodendrocite.

86. Manifestările rare la pacienţii seropozitivi în infecţia HIV includ:
A. Sindromul Guillain-Barré.
B. Angeita cerebrală.
C. Rabdomioliza acută.
D. Dissomnia.
E. Amiotrofia nevralgică.

87. Studiul electrofiziologic în polineuropatia demielinizantă inflamatorie cronică depistează:
A. Creşterea latenţei motorii distale.
B. Diminuarea amplitudinii răspunsului motor la stimulare distală.
C. Bloc de conducere.
D. Denervare-reinervare cronică.
E. Încetinirea vitezei de conducere.

88. Polineuropatia demielinizantă inflamatorie cronică din cadrul infecţiei HIV/SIDA poate să se amelioreze spontan, efectul curativ atribuindu-se:
A. Plasmaferezei.
B. Iradierii sângelui cu raze ultraviolete.
C. Hemosorbţiei.
D. Perfuziilor de plasmă proaspăt congelată.
E. Injecţiilor intravenoase de gama-globulină.

89. Sistemul nervos este afectat în toxoplasmoză în următoarele moduri:
A. Diseminarea toxoplasmei în cadrul infecţiei generalizate.
B. Ca o manifestare de hipersensibilizare la ruperea chisturilor.
C. Ca o recădere infecţioasă.
D. Afectarea limfocitelor CD4+.
E. Infiltraţie inflamatorie cu limfocite CD8.

90. Pentru toxoplasmoza congenitală a fost descrisă tetrada diagnostică Sabin, compusă din:
A. Ataxie.
B. Sindrom convulsiv.
C. Corioretinită.
D. Hidrocefalie.
E. Calcificări cerebrale.

91. Diagnosticul de toxoplasmoză se bazează pe:
A. Depistarea semnelor de toxoplasmoză generalizată (febră, limfadenopatii, hepatosplenomegalie).
B. Teste serologice.
C. Izolarea parazitului prin inoculare la şoarece a lichidului cefalorahidian extras de la bolnav.
D. Diagnosticul histologic, în special din biopsia musculară.
E. Examenul electromiografic.

92. Tratamentul toxoplasmozei se face cu:
A. Penicilină G.
B. Tetraciclină.
C. Pirimetamină.
D. Sulfadiazină.
E. Eritromicină.

93. Maladia Lyme este o zooantroponoză, sursele căreia sunt:
A. Rozătoarele.
B. Căprioarele.
C. Furnicile.
D. Câinii.
E. Pisicile.

94. Cele mai afectate organe şi sisteme în maladia Lyme sunt:
A. Pielea.
B. Sistemul gastrointestinal.
C. Sistemul nervos.
D. Articulaţiile.
E. Cordul.

95. În varianta „clasică" de evoluţie a neuroboreliozei poate fi observat următorul lanţ de evenimente:
A. Plimbare în parc sau pădure.
B. Muşcătură de căpuşă.
C. Eritem migrator.
D. Semne de intoxicaţie generală.
E. Manifestări neurologice.

96. Indicaţi părţile corpului afectate de eritemul migrator în maladia Lyme:
A. Faţa.
B. Abdomenul.
C. Regiunea axilară.
D. Coapsele.
E. Regiunea inghinală.

97. Sindromul Garin-Boujadoux-Bannwarth din borelioza precoce include:
   A. Meningita septică.
   B. Meningita limfocitară.
   C. Radiculonevrita.
   D. Encefalita.
   E. Neuropatia craniană.

98. Semnele generale în encefalita borelică sunt:
   A. Lipsa dorinței de a dormi.
   B. Labilitatea emoțională.
   C. Dereglările memoriei.
   D. Dereglările de concentrație.
   E. Dereglările de comportament.

99. Afectarea în focar a parenchimului encefalului în encefalita borelică se manifestă prin:
   A. Cefalee.
   B. Ataxie.
   C. Tulburări sfincteriene de tip central.
   D. Para- sau tetrapareză spastică.
   E. Diminuarea/pierderea neurosenzorială a auzului.

100. Indicați grupele de antibiotice care pot fi folosite în tratamentul neuroboreliozei:
   A. Macrolide.
   B. *Osmotice.*
   C. Peniciline semisintetice.
   D. Cefalosporine de generația II.
   E. Cefalosporine de generația III.

101. Profilaxia infectării cu *Borrelia burgdorferi* prevede:
   A. Luarea măsurilor de prevenire a mușcăturilor de căpușă.
   B. Folosirea repelentului antiacarian.
   C. Administrarea profilactică a antibioticelor în caz de mușcătură de căpușă.
   D. Utilizarea vaccinului antiborelic.
   E. Luarea măsurilor sanitare de nimicire a ixodelor în zonele naturale de viețuire a lor.

102. Indicați caracteristicile etiopatogenice ale brucelozei:
   A. Brucelele sunt microorganisme grampozitive.
   B. Brucelele sunt anaerobi obligați.
   C. Bruceloza face parte din zoonoze, omul infectându-se predominant pe cale alimentară – prin lapte și produse lactate.
   D. Rolul principal în aspect epidemiologic în bruceloză le revine bovinelor.
   E. Boala are un caracter sezonier – în perioada lunilor martie–mai.

103. *Brucella* este susceptibilă la:
   A. Streptomicină.
   B. Trimetoprim.
   C. Sulfamethoxazol.
   D. Tetracicline.
   E. Diazepam.

104. În Moldova, cele mai frecvente parazitoze ale sistemului nervos sunt:
   A. Echinococoza.
   B. Cisticercoza.
   C. Paragonimiaza.
   D. Ascaridoza.
   E. Trichinoza.

105. Dintre parazitozele sistemului nervos cu distribuţie geografică difuză sunt extrem de rare:
   A. Schistostomiaza.
   B. Toxocaroza.
   C. Paragonimiaza.
   D. Toxoplasmoza.
   E. Trichinoza.

106. Care sunt cele mai dese localizări ale hidatiozei la om?
   A. Hepatică.
   B. Pulmonară.
   C. Cerebrală.
   D. Renală.
   E. Gastrointestinală.

107. Care sunt consecinţele dezvoltării chistului hidatic asupra parenchimului cerebral?
   A. Ţesutul cerebral suferă o deplasare continuă datorită creşterii chistului.
   B. Substanţa cerebrală suferă efectul compresiunii şi al ischemiei consecutive.
   C. Ventriculele cerebrale se deplasează.
   D. Căile de circulaţie a lichidului cefalorahidian se blochează, producând fenomene de hipertensiune intracraniană.
   E. Vor apărea semne cerebeloase discrete uni- sau bilaterale.

108. Semnele clinice ale cisticercozei sistemului nervos depind de:
   A. Numărul paraziţilor din creier.
   B. Localizarea paraziţilor.
   C. Faza biologică a cisticercului (viu, mort).
   D. Complicaţiile produse în creier (edem cerebral, arahnoidită, ependimită).
   E. Starea sistemului imun al organismului-gazdă.

109. Din punct de vedere clinic, cisticercoza cerebrală se manifestă prin următoarele sindroame:
   A. Hipertensiune intracraniană.
   B. Crize de epilepsie.
   C. Radicular.
   D. Psihic.
   E. De localizare.

110. Formele clinice de cisticercoză a sistemului nervos, în funcţie de localizare, pot fi:
   A. Medulare.
   B. Emisferice.
   C. Ventriculare.
   D. Bazale.
   E. Generalizate (difuze).

111. Examenul lichidului cefalorahidian în cisticercoza sistemului nervos arată:
A. Limfocitoză.
B. Eozinofilie.
C. Hiperalbuminorahie.
D. Hiperglicorahie.
E. Scăderea clorurilor.

112. Tabloul clinic al paragonimiazei comportă următoarele faze clinice de evoluție:
A. Infectare pe cale orală.
B. Invazie.
C. Diseminare hematogenă.
D. Hipertensiune intracraniană.
E. Tardivă sechelară.

113. În paragonimiază se deosebesc următoarele forme clinice:
A. Forma pseudovasculară ictală cu tabloul unei embolii din stadiul inițial.
B. Forma polinevritică.
C. Forma de hipertensiune intracraniană cu sau fără semne de focar.
D. Forma epileptică de tip psihoorganic.
E. Forme mixte.

114. Evoluția paragonimiazei este:
A. Staționară.
B. Progresivă.
C. Cronică, întreruptă de remisiuni cu durată variabilă.
D. Benignă.
E. Cu prognostic grav.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați denumirile maladiilor infecțioase ale sistemului nervos cu substratul anatomic lezat:

| Substratul anatomic: | Denumirea afecțiunii: |
|---|---|
| a. Sistemul nervos periferic somatic. | 1. Panencefalită. |
| b. Meningele spinal și/sau cerebral. | 2. Leucoencefalită. |
| c. Parenchimul cerebral. | 3. Polioencefalită. |
| | 4. Mononevrită. |
| | 5. Multinevrită. |
| | 6. Polinevrită. |
| | 7. Plexită. |
| | 8. Radiculită. |
| | 9. Leptomeningită. |
| | 10. Arahnoidită. |
| | 11. Pahimeningită. |

2. Asociați cifrele cu literele:

| | |
|---|---|
| a. Semne meningiene. | 1. Lessaj. |
| b. Semne de elongație. | 2. Lasegue. |
| | 3. Brudzinski superior, mediu, inferior. |
| | 4. Neri. |
| | 5. Redoarea cefei. |
| | 6. Wassermann. |
| | 7. Kernig. |
| | 8. Turin. |
| | 9. Weiss-Edelman. |
| | 10. Mendel. |

3. Asociați:

| | |
|---|---|
| a. Coreea Sydenham. | 1. Facies inexpresiv. |
| b. Boala Parkinson. | 2. Grimase bizare și grotești. |
| | 3. Vorbire explozivă. |
| | 4. Lentoare în vorbire. |
| | 5. Rigiditate musculară. |
| | 6. Mers „săltător" sau „dansant". |

4. Asociați literele cu cifrele:

| | |
|---|---|
| a. Reacția encefalică. | 1. Este de scurtă durată și aproape întotdeauna se termină cu bine. |
| b. Epilepsie. | 2. Accese precedente (generalizate și absențe). |
| | 3. Accesele epileptice din primele ore ale stării de rău epileptic se desfășoară după un scenariu unic. |
| | 4. Convulsiile nu respectă un stereotip oarecare și se manifestă în apogeul hipertermiei. |
| | 5. Acidoză metabolică. |
| | 6. Alcaloză metabolică. |
| | 7. Traseul EEG poartă un caracter nespecific. |
| | 8. Traseul EEG denotă activitate paroxistică de focar. |
| | 9. Examenele neuroimagistice denotă modificări de focar. |
| | 10. Examenele neuroimagistice denotă modificări de tipul tumefierii cerebrale. |

5. Asociați semnele clinice cu suferința în care au fost descrise:

| Maladia: | Manifestările clinice: |
|---|---|
| a. Encefalita reumatică. | 1. „Furtună motorie". |
| b. Stadiul preparalitic al poliomielitei acute anterioare. | 2. Semne clinice de „coloratură nervoasă". |
| | 3. „Inerția cefei". |
| | 4. Semnul indicelui Kreindler. |
| | 5. Semnul pronator Willson. |
| | 6. Semnul de migrație a ombilicului. |
| | 7. Probe de forță continuă egală. |
| | 8. Semnul sărutului. |
| | 9. Semnul trepiedului. |
| | 10. Fenomenul Gordon. |

6. Asociați formele clinice cu perioada de evoluție a neurosifilisului:

| Neurosifilis: | Forma clinică: |
|---|---|
| a. Precoce. | 1. Neurosifilis meningovascular. |
| b. Tardiv. | 2. Tabes dorsalis. |
| | 3. Meningită asimptomatică precoce. |
| | 4. Meningoencefalită. |
| | 5. Meningomielită. |
| | 6. Meningită asimptomatică tardivă. |
| | 7. Paralizie generală progresivă. |
| | 8. Mononevrită. |
| | 9. Polinevrită. |
| | 10. Afectare gumoasă a encefalului. |
| | 11. Afectare gumoasă a măduvei spinale. |

7. Asociați bolile determinate direct cu virusul HIV cu cele determinate de infecții oportuniste în cadrul infecției SIDA:

a. Boli determinate direct cu virusul HIV.
b. SIDA cu infecții oportuniste.

1. Leucoencefalita multifocală progresivă.
2. Sifilisul.
3. Alte infecții virale (virusul varicelozosterian, virusul herpesului simplu tip 1 și 2).
4. Infecții cu micobacterii atipice.
5. Infecția cu *Cryptococcus neoformans.*
6. Toxoplasmoza.
7. Complexul cognitiv-motor.
8. Mielopatia HIV.
9. Neuropatia HIV.
10. Miopatia cauzată de SIDA.

8. Asociați:

a. Metode de laborator directe de detectare a spirochetelor în maladia Lyme.
b. Metode de laborator indirecte de detectare a spirochetelor în maladia Lyme.

1. Tehnica *Western-blot.*
2. Testul imunoenzimatic (ELISA).
3. Izolarea directă din piele, sânge, lichid sinovial.
4. Reacția de polimerizare în lanț.
5. Reacția de imunofluorescență indirectă.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Sistemul nervos central posedă o anumită autonomie imună grație existenței barierei hematoencefalice.

2. Durata antibioterapiei în meningita meningococică depinde de starea pacientului și de viteza de sanare a lichidului cefalorahidian.

3. Deoarece infecția enterovirală este foarte contagioasă, meningitele enterovirale, de regulă, se manifestă sub formă de epidemii, mai frecvent la copii.

4. În primele două luni, chimioterapia de atac a meningitei tuberculoase trebuie să cuprindă trei sau patru medicamente antituberculoase, deoarece modificarea barierei hematoencefalice în stadiul activ al meningitei tuberculoase permite intrarea în cantitate suficientă a lor și distrugerea microorganismelor.

5. Izoniazidul inițiază insuficiența de piridoxină în organism, fapt pentru care este necesar a indica piridoxină câte 30 mg/24 de ore.

6. La maturi, encefalita herpetică este provocată de virusul herpesului simplu tip 2, iar la copii – de virusul herpesului simplu tip 1.

7. Rezonanța magnetică nucleară cerebrală este metoda neuroimagistică de elecție în detectarea focarelor de encefalită, deoarece le depistează încă în faza de inflamație și edemațiere, când la administrarea tratamentului e posibilă regresia completă a procesului patologic.

8. Debutul encefalitei reumatice este cu stare de neliniște motorie, cu neîndemânare, irascibilitate, inatenție, randament intelectual scăzut; din acest motiv, copiii deseori suportă sancțiuni disciplinare atât din partea părinților, cât și a învățătorilor.

9. Forma delirioasă a reacției encefalice este proprie, de obicei, vârstei fragede a copilului, iar cea febrilă – vârstei mature.

10. Deși este greu de închipuit, nu este exclus ca epidemiile de encefalită letargică să mai survină.

11. Rata mortalității de encefalită de căpușe în Europa Centrală este înaltă (40–50%), iar sechelele postencefalitice sunt rare.

12. Leziunile în poliomielita acută anterioară sunt prezente nu numai în nevrax, ci şi în alte organe (inimă, plămâni, ficat etc.).

13. De tratament medicamentos beneficiază în special arahnoiditele spinale adezive, pe când cele chistoase se supun exclusiv intervenţiilor neurochirurgicale.

14. Neuropatia craniană este o manifestare de suferinţă a sistemului nervos în bruceloză, deoarece, ca şi în tuberculoză sau sarcoidoză, suferă predominant baza encefalului.

## RĂSPUNSURI

### I.

1. C, p. 276.
2. A, p. 277.
3. A, p. 277.
4. B, p. 278.
5. B, p. 278.
6. C, p. 279.
7. D, p. 280.
8. D, p. 281.
9. A, p. 281.
10. D, p. 282.
11. B, p. 283.
12. E, p. 283.
13. C, p. 284.
14. D, p. 284.
15. A, p. 284.
16. C, p. 284.
17. B, p. 285.
18. D, p. 286.
19. B, p. 286.
20. B, p. 286.
21. A, p. 286.
22. E, p. 286.
23. D, p. 287.
24. A, p. 287.
25. C, p. 288.
26. B, p. 288.
27. C, p. 288.
28. E, p. 289.
29. E, p. 289.
30. A, p. 290.
31. B, p. 290.
32. D, p. 291.
33. A, p. 291.
34. D, p. 292.
35. C, p. 292.
36. B, p. 293.
37. B, p. 294.
38. B, p. 294.
39. A, p. 295.
40. A, p. 296.
41. A, p. 297.
42. E, p. 299.
43. A, p. 299.
44. C, p. 300.
45. E, p. 301.

### II.

1. B, C, D, p. 277.
2. A, B, C, D, p. 277.
3. B, E, p. 277.
4. A, B, C, p. 278.
5. A, C, E, p. 278.
6. B, C, p. 278.
7. A, B, C, p. 279.
8. A, B, D, E, p. 280.
9. B, D, E, p. 281.
10. A, B, C, D, p. 281.
11. A, B, p. 281–282.
12. A, B, D, E, p. 282.
13. B, C, D, E, p. 282.
14. A, C, E, p. 282.
15. D, E, p. 282.
16. B, C, D, p. 282.
17. A, B, C, D, p. 282.
18. A, B, p. 282.
19. A, B, D, E, p. 282.
20. B, C, D, E, p. 282–283.
21. A, C, p. 283.
22. B, D, p. 283.
23. A, B, C, D, p. 284.
24. B, C, D, p. 284.
25. A, B, p. 284.
26. A, B, p. 284.
27. C, D, E, p. 285.
28. A, B, C, D, p. 285.
29. A, B, C, D, p. 286.
30. B, C, D, E, p. 286.
31. B, D, p. 287.
32. A, B, C, D, p. 287.
33. B, C, E, p. 287.
34. C, D, E, p. 287.
35. A, C, p. 289.
36. A, B, C, p. 289.
37. A, B, C, D, p. 290.
38. C, D, E, p. 290.
39. A, C, D, p. 290.
40. A, B, C, E, p. 291.
41. B, C, D, E, p. 292.
42. B, D, E. p. 293.
43. C, D, E, p. 293.
44. A, D, p. 294.
45. A, B, p. 294.

### III.

1.
a. 4, 5, 6, 7, 8.
b. 9, 10, 11.
c. 1, 2, 3, p. 276.

2.
a. 1, 3, 5, 7, 9, 10, p. 278.
b. 2, 4, 6, 8, p. 219–220.

3.
a. 2, 3, 6, p. 285.
b. 1, 4, 5, p. 485–486.

4.
a. 1, 4, 5, 7, 10, p. 291–292.
b. 2, 3, 6, 8, 9, p. 291–292.

5.
a. 1, 4, 5, 7, 10, p. 285, 286.
b. 2, 3, 6, 8, 9, p. 297.

6.
a. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, p. 307.
b. 1, 2, 6, 7, p. 307.

7.
a. 7, 8, 9, 10, p. 312.
b. 1, 2, 3, 4, 5, 6, p. 312–313.

8.
a. 3, 4, p. 317.
b. 1, 2, 5, p. 317.

### IV.

1. A, p. 277.
2. B, p. 279.
3. A, p. 280.
4. A, p. 281.
5. A, p. 281.
6. E, p. 282.
7. B, p. 283.
8. A, p. 285.
9. E, p. 289.
10. B, p. 293.
11. D, p. 294.
12. B, p. 296.
13. B, p. 304.
14. A, p.304.

46. A, p. 301.
47. A, p. 302.
48. C, p. 302.
49. B, p. 302.
50. C, p. 303.
51. D, p. 303.
52. B, p. 305.
53. A, p. 306.
54. D, p. 307.
55. C, p. 307.
56. A, p. 307.
57. E, p. 308.
58. E, p. 308.
59. D, p. 308.
60. D, p. 309.
61. D, p. 309.
62. D, p. 313.
63. B, p. 313.
64. C, p. 315.
65. C, p. 315.
66. B, p. 316.
67. A, p. 316.
68. A, p. 316.
69. B, p. 316.
70. D, p. 317.
71. E, p. 317.
72. B, p. 318.
73. D, p. 318.
74. E, p. 318.
75. E, p. 319.
76. A, p. 319.
77. C, p. 319.
78. B, p. 320.
79. C, p. 320.
80. A, p. 321.
81. A, p. 323.
82. A, p. 323.
83. B, p. 323.
84. C, p. 324.
85. D, p. 325.
86. E, p. 325.
87. D, p. 325.
88. A, p. 326.
89. A, p. 326.
90. C, p. 326.

46. A, B, D, E, p. 294.
47. A, C, E, p. 294.
48. A, C, D, p. 294.
49. C, D, E, p. 295.
50. B, D, E, p. 295.
51. A, D, p. 296.
52. B, C, p. 296.
53. B, C, D, E, p. 296.
54. C, D, E, p. 296.
55. A, B, C, D, p. 297.
56. A, B, C, E, p. 298.
57. B, C, D, p. 300.
58. A, B, p. 300.
59. B, C, E, p. 301.
60. A, B, p. 301.
61. B, C, D, E, p. 301.
62. A, B, C, D, p. 301.
63. A, C, D, E, p. 302.
64. A, B, C, D, p. 302.
65. A, B, C, p. 302.
66. A, C, D, p. 302.
67. B, C, D, p. 303.
68. C, E, p. 303.
69. C, D, E, p. 304.
70. D, E, p. 304.
71. B, C, D, E, p. 304.
72. C, D, p. 304.
73. A, B, C, E, p. 304.
74. C, D, E, p. 304.
75. A, B, C, D, p. 305.
76. A, B, C, p. 305.
77. B, C, D, E, p. 305.
78. A, B, D, p. 305.
79. A, B, C, E, p. 306.
80. D, E, p. 307.
81. D, E, p. 307.
82. B, C, D, p. 308.
83. A, B, D, E, p. 308.
84. B, D, E, p. 309.
85. A, B, p. 310.
86. A, B, C, E, p. 311.
87. A, C, E, p. 311.
88. A, E, p. 311.
89. A, B, C, p. 313–314.
90. B, C, D, E, p. 314.
91. A, B, C, D, p. 314–315.
92. C, D, p. 315.
93. A, B, D, E, p. 315.

94. A, C, D, E, p. 315.
95. B, C, D, E, p. 315.
96. C, D, E, p. 315.
97. B, C, E, p. 316.
98. B, C, D, E, p. 316.
99. B, C, D, E, p. 316.
100. A, C, D, E, p. 317.
101. A, B, D, p. 318.
102. C, E, p. 318.
103. A, B, C, D, p. 319.
104. A, B, p. 319.
105. D, E, p. 319.
106. A, B, C, p. 319.
107. A, B, C, p. 320.
108. A, B, C, D, p. 322.
109. A, B, D, E, p. 322.
110. B, C, D, E, p. 323.
111. A, B, C, E, p. 324.
112. B, D, E, p. 326.
113. A, C, D, E, p. 326.
114. B, C, p. 326.

# 15. BOLILE DEMIELINIZANTE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Majoritatea pacienţilor care au suportat o encefalomielită acută diseminată supravieţuiesc, având ca urmare:
   A. Vindecare completă.
   B. Atacuri de panică frecvente.
   C. Deficite neurologice persistente.
   D. Anghină pectorală şi sindrom neurastenic persistent.
   E. Tulburări de ritm cardiac.

2. Statisticile arată că în circa 80% din cazuri nevrita optică evoluează spre:
   A. Pierderea completă a vederii.
   B. Încețoşarea vederii.
   C. Encefalomielită acută diseminată.
   D. Scleroză multiplă.
   E. Hemoragie subarahnoidiană spontană.

3. Boala Devic se întâlneşte în special la:
   A. Latinoamericani.
   B. Africani.
   C. Australieni.
   D. Japonezi.
   E. Romi.

4. Indicaţi principala cauză a incapacităţii neurologice la persoanele de vârstă tânără:
   A. Boala Devic.
   B. Encefalomielita acută diseminată.
   C. Scleroza multiplă.
   D. Nevrita optică.
   E. Ictusul ischemic cardioembolic.

5. Pentru prima dată a descris scleroza multiplă:
   A. Charcot.
   B. Babinski.
   C. Marinescu.
   D. Pavlov.
   E. Friedreich.

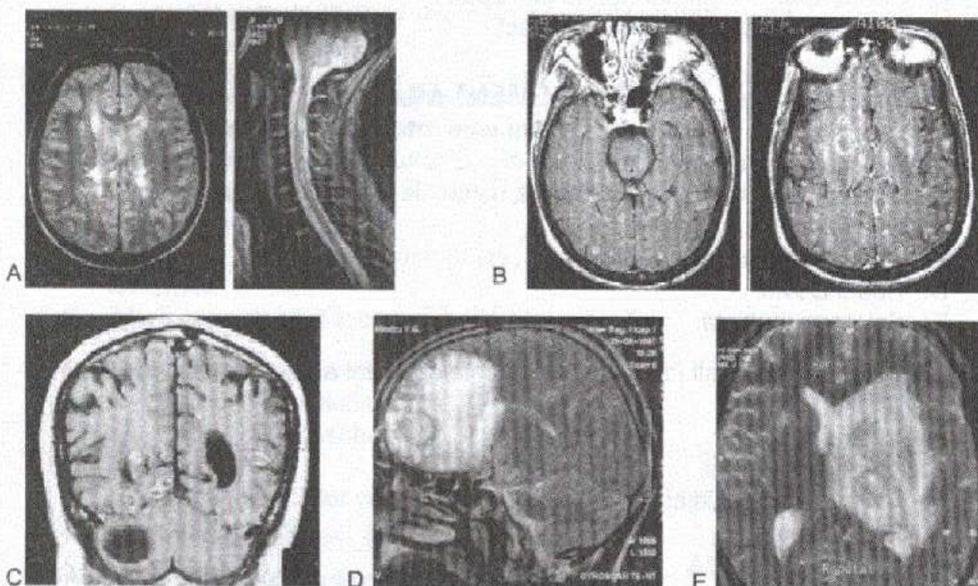
6. De unde provine denumirea bolii *scleroză multiplă*?
   A. Are loc o microangiopatie aterosclerotică difuză a sistemului nervos central.
   B. Suferă memoria recentă a bolnavilor.
   C. Are loc sclerozarea importantă a spaţiilor perivasculare Virchow.
   D. Se sclerozează căile conductoare motorii şi senzitive din cadrul encefalului şi măduvei spinării.
   E. Are loc o cicatrizare (sclerozare) a ariilor de demielinizare în substanța albă a sistemului nervos central.

7. Frecvența medie a cazurilor de scleroză multiplă la 100 000 locuitori, după Kurtzke, este:
   A. Peste 30.
   B. Între 20 şi 30.
   C. Între 15 şi 20.
   D. Între 5 şi 15.
   E. Sub 5.
8. În Republica Moldova s-a înregistrat următorul indice de prevalență a cazurilor de scleroză multiplă la 100 000 de locuitori:
   A. 8,6.
   B. 6,3.
   C. 6,5.
   D. 7,5.
   E. 9,9.
9. Alegeți descrierea corectă a semnului Lhermitte:
   A. Imposibilitatea flectării bărbiei spre piept, din cauza redorii occipitale.
   B. Senzația de „descărcare electrică" la flectarea capului înainte.
   C. Dureri violente la percuția apofizelor cervicale posterioare.
   D. Poziția imobilă antalgică a capului.
   E. Flectarea picioarelor în articulațiile coxofemurale şi ale genunchilor la încercarea de a aduce bărbia la piept.
10. Primele simptome ale sclerozei multiple pot fi tulburările de sensibilitate, în special ale celei:
   A. Algice.
   B. Tactile.
   C. Vibratorii.
   D. Mioartrocinetice.
   E. Stereognozice.
11. Oftalmofundoscopia la bolnavii cu scleroză multiplă arată:
   A. O paliditate a jumătății nazale a papilei nervului optic.
   B. Atrofia secundară a papilei nervului optic.
   C. Leziuni vasculare şi retiniene cu aspect variabil.
   D. O decolorare a papilei în sectorul temporal.
   E. O tromboză de venă centrală a retinei.
12. La examenul prin oftalmofundoscopie, edemul papilei nervului optic (edemul papilar) este rar întâlnit în cazul:
   A. Unui proces intracranian înlocuitor de spațiu.
   B. Creşterii presiunii intracraniene.
   C. Accidentelor vasculare cerebrale însoțite de edem cerebral acut.
   D. Leziunilor extinse ale ambelor radiații optice.
   E. Unui proces inflamator.
13. Indicați medicamentele cel mai des folosite în tratarea episoadelor acute ale sclerozei multiple:
   A. Corticosteroizii (metilprednisolonul).
   B. Azatioprina (imuran, imurel).

C. Copaxonul.
D. Betaferoanele.
E. Baclofenul.

14. În prezent, cel mai eficient remediu de tratare a puseelor de scleroză multiplă este:
A. Puls-terapia cu 500–1000 mg/zi metilprednisolon.
B. Plasmafereza.
C. Oxigenarea hiperbarică.
D. Transplantul de măduvă osoasă.
E. Administrarea celulelor stem.

15. Alegeți imaginea cu rezonanță magnetică cerebrală sugestivă pentru un bolnav cu scleroză multiplă:




16. Indicați metoda terapeutică de la care se aşteaptă rezultate deosebițe în tratamentul sclerozei multiple:
A. Tratamentul imunosupresiv.
B. Plasmafereza.
C. Tratamentul de desensibilizare.
D. Transplantul de măduvă osoasă.
E. Inginerie genică.

17. Betaseronul se recomandă în tratamentul sclerozei multiple cu evoluție:
A. În pusee.
B. În pusee-progresivă.
C. Progresivă.
D. Cronică.
E. Abortivă.

18. Indicați medicamentul cel mai eficace pentru reducerea tonusului muscular în scleroza multiplă:
   A. Betasercul.
   B. Betaferonul.
   C. Copaxonul.
   D. Avonexul.
   E. Baclofenul.

19. *Dandrolene sodium (Dantrium)* este utilizat în tratamentul tonusului muscular crescut la bolnavii cu scleroză multiplă atunci când:
   A. Pacientul nu are asigurare medicală (medicamentul este ieftin).
   B. Medicul nu are experiență în tratamentul sclerozei multiple.
   C. Prognosticul clinic-imagistic este rezervat.
   D. Poate apărea dependența de diazepam.
   E. Celelalte medicamente nu au efect.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Indicați maladiile demielinizante:
   A. Encefalomielita acută diseminată.
   B. Boala lacunară cerebrală.
   C. Nevrita optică.
   D. Boala Devic.
   E. Scleroza multiplă.

2. Printre agenții cauzali identificați ai encefalomielitei acute demielinizante se numără:
   A. Virusul ECHO.
   B. Virusurile herpes.
   C. Virusul Coxsackie.
   D. Mycoplasma.
   E. Treponema palidă.

3. Alegeți particularitățile fiziopatologice ale encefalomielitei acute demielinizante:
   A. Demielinizarea inflamatorie a sistemului nervos central depinde de pătrunderea limfocitelor activate prin bariera hematoencefalică.
   B. Pătrunderea limfocitelor activate prin bariera hematoencefalică favorizează contactul țesutului cerebral perivascular cu toți mediatorii imuni celulari.
   C. Modificările microscopice sunt limitate inițial la infiltrația intensă perivenoasă cu celule mononucleate și la hemoragie.
   D. În faza inițială nu apare demielinizare.
   E. Are loc infiltrația parenchimului cerebral și a celui medular cu celule limfoide; se formează focare mari de necroză; are loc trombozarea venelor superficiale și profunde.

4. Tabloul clinic al encefalomielitei acute diseminate este variabil și poate evalua sub formă de:
   A. Mielită.
   B. Encefalomielită.
   C. Opticoencefalită.

D. Opticoencefalopoliradiculonevrită.
E. Multinevrită craniană.

5. Debutează, de obicei, encefalomielita acută diseminată cu:
A. Paraplegie şi tulburări sfincteriene.
B. Fenomene catarale.
C. Indispoziţie generală.
D. Cefalee.
E. Reacţii vegetative şi emoţionale.

6. Lichidul cefalorahidian în encefalomielita acută diseminată conţine:
A. O cantitate diminuată de albumine.
B. Eozinofile.
C. Un amestec de polimorfonucleare şi limfocite.
D. O cantitate crescută de proteine.
E. Eritrocite proaspete.

7. Rezonanţa magnetică nucleară în encefalomielita acută diseminată arată:
A. Modificări similare celor care apar în scleroza multiplă.
B. Multiple chisturi mici conturate pe fondal de hidrocefalie comunicantă.
C. Leziuni mai întinse şi mai simetrice decât cele în scleroza multiplă, persistând o perioadă lungă.
D. Focare de inflamaţie şi edemaţiere, localizate predominant în lobul frontal al creierului.
E. Afectarea selectivă a cortexului frontal.

8. Pierderea tranzitorie a vederii poate apărea în:
A. Nevrita optică demielinizantă.
B. Neuropatia optică ischemică.
C. Sarcoidoză.
D. Compresiunea căilor vizuale în porţiunea anterioară.
E. Nevroza isterică.

9. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la boala Devic:
A. Are loc demielinizarea căilor auditive.
B. Morfopatologic, se manifestă prin demielinizare masivă şi confluentă la nivelul căilor vizuale anterioare, asociată cu o demielinizare de egală severitate a măduvei spinale.
C. Demielinizările pot să apară simultan sau secvenţial, indiferent de ordine, episoadele fiind la intervale de săptămâni sau luni.
D. Este cauzată de o infiltraţie limfoidală de focar şi hiperplazie a endoteliului arahnoidian bazal.
E. Se datorează unui proces chistos-adeziv pe suprafaţa convexului cerebral.

10. Morfologic, în scleroza multiplă au loc schimbări:
A. Iniţial, apar infiltraţii limfomonocitare perivenulare în substanţa albă a sistemului nervos central, caracteristică unui proces inflamator nespecific.
B. Dezintegrarea mielinei pe arii diseminate, în substanţa albă, de forme şi dimensiuni diferite (demielinizare).
C. Procesul începe prin apariţia macrofagilor, care fagocitează mielina.

D. Lezarea primară a axonilor sistemului nervos central, urmată de demielinizarea secundară.
E. Refacerea completă a ariilor de demielinizare prin fagocitoză.

11. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la scleroza multiplă şi sistemul imun:
A. În cazul sclerozei multiple există o reacţie neadecvată din partea sistemului imun.
B. Are loc creşterea conţinutului de creatininkinază în ser.
C. Complexul major de histocompatibilitate este baza ce realizează nu determinanta genetică, ci doar susceptibilitatea la boală.
D. Iniţial, are loc o reacţie inflamatorie hiperergică a meningelor, care mai târziu se transformă în proces proliferativ de cicatrizare.
E. Suferă două tipuri de celule: linia macrofag-monocit şi limfocitele T helper.

12. Selectaţi argumentele care pledează pentru originea virală a sclerozei multiple:
A. Studiile epidemiologice au constatat existenţa unei lungi perioade de latenţă între expunerea subiectului la un presupus agent etiologic infecţios şi debutul sclerozei multiple.
B. Observaţiile clinice indică evoluţia ondulantă a bolii.
C. Studiile anatomo-patologice demonstrează existenţa demielinizării cu conservarea iniţială a axonilor.
D. Există unele boli virale experimentale, în care o lungă perioadă latentă de incubaţie este însoţită de evoluţia clinică cu remisiuni, recăderi şi demielinizare, ca principal model anatomopatologic.
E. Studiile statistice (dublu-oarbe, randomizate) demonstrează eficienţa tratamentului cu medicaţie antivirală la bolnavii cu scleroză multiplă.

13. Tulburările principale de mişcare în ataxie sunt:
A. Instabilitatea posturală.
B. Deficitul de coordonare a mişcării.
C. Tulburările de sensibilitate ce se încadrează într-un sindrom medular Brown-Sequard.
D. Articularea insuficientă.
E. Rezonanţa nazală sau stridentă.

14. Tulburările neuropsihice din scleroza multiplă includ:
A. Anxietate accentuată.
B. Stare depresivă.
C. Labilitate emotivă.
D. Euforie, uneori psihoze.
E. Chemări imperioase la micţiune.

15. Primele simptome ale sclerozei multiple se manifestă prin:
A. Anosmie.
B. Nistagmus.
C. Tulburări de coordonare şi de statică.
D. Simptome piramidale.
E. Tulburări de sensibilitate.

16. Indicaţi formele clinice tipice ale sclerozei multiple:
A. Cerebrală.

B. Spinală.
C. Cerebro-spinală.
D. Hepato-cerebrală.
E. Retrobulbară.

17. Indicaţi tipurile de evoluţie a sclerozei multiple:
A. În pusee (recurentă).
B. În pusee progresivă (secundar progresivă).
C. Progresivă (primar progresivă).
D. În regres (primar regresivă).
E. Monofazică (de tipul encefalomielitei acute diseminate).

18. Indicaţi sinonimele termenului *puseu*:
A. Episod.
B. Estompare.
C. Atac.
D. Exacerbare.
E. Extensie.

19. După gradul de certitudine, distingem scleroză multiplă:
A. Verificată prin autopsie.
B. Verificată prin tomografie computerizată.
C. Definită clinic.
D. Clinic probabilă.
E. Clinic posibilă.

20. Examenul lichidului cefalorahidian în cursul puseelor de scleroză multiplă arată:
A. O componenţă normală.
B. O creştere moderată a numărului de celule.
C. O reducere uşoară a conţinutului de albumine.
D. O creştere moderată a albuminorahiei.
E. Electroforetic, o hipergamaglobulinorahie – benzi oligoclonale.

21. Potenţialele evocate în scleroza multiplă, în raport cu intensitatea leziunii, arată:
A. Diminuarea amplitudinii răspunsului evocat.
B. Întârzierea latenţei răspunsurilor.
C. Absenţa răspunsului evocat.
D. Reducerea timpului de latenţă a răspunsului evocat la stimulare vizuală.
E. Blocuri de conducere severe.

22. Rezonanţa magnetică nucleară în scleroza multiplă arată:
A. Anomalii ale substanţei albe ventriculare şi ale nucleilor cenuşii.
B. O angajare occipitală.
C. Prezenţa ariilor de distrucţie a barierei hematoencefalice.
D. Prezenţa plăcilor de scleroză.
E. Cavităţi al căror semnal anormal este apropiat de cel al lichidului cefalorahidian.

23. Plăcile de scleroză, detectate prin examenul de rezonanţă magnetică nucleară cerebrală, sunt localizate:
A. Periventricular.

B. În corpul calos.
C. În nervul optic.
D. În trunchiul cerebral.
E. În coarnele medulare posterioare.

24. În scleroza multiplă se aplică tratamentul medicamentos:
A. Imunosupresiv.
B. Imunomodulator.
C. Imunostimulator.
D. De desensibilizare.
E. Simptomatic.

25. Indicaţi efectele secundare ale metilprednisolonului utilizat în puls-terapia sclerozei multiple:
A. Sindromul Cushing.
B. Ulcere trofice.
C. Înroşirea feţei.
D. Edemul gleznelor.
E. Gust metalic în timpul perfuziei şi în orele următoare.

26. Şelectaţi afirmaţiile corecte referitoare la azatioprină:
A. Este o proteină din clasa interferonilor beta, produsă prin inginerie genetică.
B. Este un antagonist purinic ce intervine în metabolismul acizilor nucleici.
C. Poate fi administrată în doză de 2,5–3 mg/kg corp/zi, în 2–3 prize.
D. Tratament continuu pe termen lung (2–3 ani) al sclerozei multiple.
E. Nu are efect secundar major.

27. Selectaţi efectele secundare ale betaseronului:
A. Cefalee.
B. Febră.
C. Senzaţie de oboseală.
D. Dureri musculare.
E. Reacţii uşoare în locul injectării.

28. Antidepresivele triciclice (amitriptilina) pot fi indicate în cazul:
A. Stărilor de anxietate nemotivată.
B. Sindromului algic violent, refractar la administrarea antalgicelor.
C. Labilităţii emotive.
D. Euforiei.
E. Demenţei, uneori psihozei.

29. Antidepresivele triciclice (amitriptilina) pot fi indicate în scleroza multiplă în cazul:
A. Stărilor depresive.
B. Labilităţii emoţionale.
C. Euforiei.
D. Spasticităţii severe (unele cazuri).
E. Demenţei şi psihozei.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați manifestările clinice proprii sindroamelor motor, senzitiv și ataxiei din cadrul sclerozei multiple.

   a. Sindromul motor.
   b. Sindromul senzitiv.
   c. Ataxia.

   1. Instabilitate posturală.
   2. Parapareză spastică.
   3. Deficit de coordonare a mişcării.
   4. Hemipareză.
   5. Parestezii la membre.
   6. Monopareză.
   7. Hiperreflexie osteotendinoasă.
   8. Dureri în regiunea lombară.
   9. Modificarea direcției și gradului mișcării.
   10. Semnul Lhermitte.
   11. Abolirea reflexelor abdominale.
   12. Hipoestezii cu diverse topografii.
   13. Reflexe patologice piramidale.
   14. Deteriorarea echilibrului.

2. Asociați medicamentele utilizate în tratamentul de desensibilizare a bolnavilor cu scleroză multiplă cu proprietățile lor:

   Medicamentul:

   a. Copolimerul I (*Cop I, Copaxone*).
   b. Betaseronul.

   Proprietățile:

   1. Preparat din creier de vacă.
   2. Proteină din clasa interferonilor beta.
   3. Poate fi administrat per os.
   4. Produs prin inginerie genetică.
   5. Are funcții de regulator imun.
   6. Reacționează încrucișat cu proteina bazică mielinică.
   7. Se recomandă numai pentru formele de scleroză multiplă cu evoluție în pusee.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor va nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Encefalomielita acută diseminată are caracter monofazic, dar o parte din pacienții care se recuperează după atacul inițial fac recăderi ulterioare şi boala lor nu poate fi diferențiată de forma cerebrală a sclerozei multiple.

2. Frecvența cazurilor de scleroză multiplă are o corelație directă cu gradele de latitudine din emisferele sudică şi nordică ale globului pământesc. Printre persoanele care au părăsit zona geografică cu risc sporit de îmbolnăvire de scleroză multiplă până la vârsta de 15 ani riscul de îmbolnăvire este identic zonei unde s-au născut.

3. Plasmafereza este un procedeu ce se bazează pe ipoteza că plasma sanguină a bolnavilor cu scleroză multiplă conține anticorpi ce lezează mielina. Odată cu îndepărtarea plasmei, se îndepărtează şi aceşti anticorpi, obținându-se efecte favorabile în procesul evoluției bolii.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. C, p. 327. | 1. A, C, D, E, p. 327, 328, 329. | 1. | 1. B, p. 327. |
| 2. D, p. 328. | 2. A, B, C, D, p. 327. | a. 2, 4, 6, 7, 11, 13, p. 330. | 2. C, p. 328–329. |
| 3. D, p. 328. | 3. A, B, C, D, p. 327. | b. 5, 8, 10, 12, p. 330. | 3. A. p. 332. |
| 4. C, p. 328. | 4. A, B, C, D, p. 327. | c. 1, 3, 9, 14, p. 330. | |
| 5. A, p. 328. | 5. B, C, D, E, p. 327. | 2. | |
| 6. E, p. 328. | 6. C, D, p. 327. | a. 1, 3, 6, p. 332. | |
| 7. D, p. 328. | 7. A, C, p. 327. | b. 2, 4, 5, 7, p. 333. | |
| 8. D, p. 329. | 8. A, B, C, D, p. 328. | | |
| 9. B, p. 330. | 9. B, C, p. 328. | | |
| 10. C, p. 330. | 10. A, B, C, p. 328. | | |
| 11. D, p. 331. | 11. A, C, p. 329. | | |
| 12. E, p. 331. | 12. A, B, C, D, p. 329. | | |
| 13. A, p. 331. | 13. A, B, p. 330. | | |
| 14. A, p. 331. | 14. A, B, C, D, p. 330. | | |
| 15. A, p. 332. | 15. B, C, D, E, p. 330. | | |
| 16. C, p. 332. | 16. A, B, C, p. 330. | | |
| 17. A, p. 333. | 17. A, B, C, p. 331. | | |
| 18. E, p. 333. | 18. A, C, D, p. 331. | | |
| 19. E, p. 333. | 19. A, C, D, E, p. 331. | | |
| | 20. D, E, p. 331. | | |
| | 21. B, C, p. 331. | | |
| | 22. C, D, p. 331. | | |
| | 23. A, B, C, D, p. 331. | | |
| | 24. A, D, E, p. 331–333. | | |
| | 25. C, D, E, p. 332. | | |
| | 26. B, C, D, E, p. 332. | | |
| | 27. B, C, D, E, p. 333. | | |
| | 28. C, D, E, p. 333. | | |
| | 29. A, B, C, E, p. 333. | | |

# 16. PATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS DE ORIGINE EXOGENĂ ŞI ENDOGENĂ

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Manifestările neurologice cu caracter generalizat, nespecific în multe afecţiuni somatice şi endocrine, aparţin sindromului:
   A. Asteno-vegetativ.
   B. Depresiv.
   C. Neurasteniform.
   D. Anxios.
   E. Neurotic.

2. Indicaţi rata semnelor de afectare cerebrală în infarctul miocardic:
   A. 1–5% din cazuri.
   B. 5–10% din cazuri.
   C. 10–30% din cazuri.
   D. 30–45% din cazuri.
   E. 45–50% din cazuri.

3. Care este semnul clinic cel mai frecvent în infarctul miocardic?
   A. Căderea tensiunii arteriale.
   B. Pulsul filiform.
   C. Somnolenţa.
   D. Stupoarea.
   E. Tulburarea de ritm.

4. Criteriul definitiv în diagnosticul encefalopatiei acute, ca o complicaţie neurologică a hipertensiunii arteriale, este:
   A. Edemul papilar.
   B. Manifestările clinice.
   C. Modificările specifice pentru convulsii şi/sau sincope depistate la electroencefalografie.
   D. Lipsa modificărilor structurale la examenul prin tomografie computerizată cerebrală.
   E. Răspunsul prompt la terapia antihipertensivă.

5. Indicaţi rata pacienţilor cu endocardită bacteriană la care se dezvoltă semnele neurologice:
   A. 1/2.
   B. 1/3.
   C. 1/4.
   D. 1/5.
   E. 1/6.

6. Indicaţi procentajul mortalităţii în endocardita cu complicaţii neurologice:
   A. 50%.
   B. 60%.
   C. 70%.

D. 80%.
E. 90%.

7. Incidența complicațiilor neurologice în endocardita bacteriană depinde în mod direct de:
   A. Vârsta pacientului.
   B. Vechimea endocarditei.
   C. Severitatea tulburării funcției cardiace.
   D. Măsurile terapeutice aplicate.
   E. Microorganismul care cauzează endocardita.

8. Complicațiile neurologice în endocardita bacteriană sunt foarte frecvente la bolnavii infectați cu:
   A. *Staphilococcus epidermidis.*
   B. *Staphilococcus saprophyticus.*
   C. *Staphilococcus aureus.*
   D. *Streptococcus pyogenes.*
   E. *Streptococcus pneumoniae.*

9. Hemoragia subarahnoidiană, ca o complicație a endocarditei bacteriene, se instalează pe motiv de:
   A. Embolism cerebral.
   B. Multiple embolii bacteriene.
   C. Erupție a anevrismului micotic.
   D. Reacție metabolică a ischemiei.
   E. Puseu de hipertensiune arterială.

10. Aproximativ 50% din toate complicațiile neurologice ale endocarditei bacteriene se manifestă prin:
    A. Embolism cerebral cu dezvoltarea infarctului cerebral.
    B. Encefalopatie difuză.
    C. Crize epileptice.
    D. Abces cerebral.
    E. Meningoencefalită.

11. Stările sincopale se dezvoltă în special atunci când frecvența pulsului devine:
    A. 45 pulsații/min.
    B. 40 pulsații/min.
    C. 35 pulsații/min.
    D. 35–31 pulsații/min.
    E. 30–10 pulsații/min.

12. În sincopă poate apărea incontinența de urină:
    A. Când accesul de sincopă trece în acces comițial.
    B. Când sincopa face parte din simptomatologia sindromului nefrotic în amiloidoză.
    C. În cazul asocierii slăbiciunii sfincterului extern al uretrei.
    D. Atunci când pacientul cu sincope are vezica urinară plină.
    E. Atunci când pacientul cu sincopă suferă de incontinență paradoxală de urină.

13. Sincopele frecvente pot cauza:
   A. Traumatisme craniocerebrale grave.
   B. Dezvoltarea sindromului encefalopatic (lacunarism cerebral).
   C. Demență.
   D. Insuficiență vertebro-bazilară.
   E. Afazie amnestică.

14. Cea mai frecventă afectare a sistemului nervos în afecțiunile pulmonare cronice este:
   A. Encefalopatia hipertensivă acută.
   B. Encefalopatia hipoxică cronică.
   C. Sindromul hipotalamic-hipofizar.
   D. Ataxia senzitivă.
   E. Dissomnia.

15. Se numeşte *betalepsie*:
   A. Criza de sincope la bolnavul cu hipoxie cronică.
   B. Dereglările de memorie la bolnavul cu encefalopatie hipoxică cronică.
   C. Crizele epileptiforme provocate de tuse.
   D. Hiperestezia, hiperpatia sau hipoestezia în zonele Head-Zaharine.
   E. Diminuarea bruscă a tonusului muscular la bolnavul cu encefalopatie hipoxică cronică la trecerea din ortostatism în clinostatism.

16. Patogenia tulburărilor neurologice în bolile gastrointestinale, în afara perturbărilor metabolismelor proteic, lipidic, glucidic, vitaminic, electrolitic, se datorează şi:
   A. Intoxicației provocate de azotemie.
   B. Acidozei sau cetozei, din cauza oxidării proaste a grăsimilor.
   C. Concentrației reduse (cel puțin de două ori) a hemoglobinei.
   D. Impulsului patologic de la organele interne afectate.
   E. Microinfarctelor vasculitice care lezează vasele cerebrale mici.

17. Impulsul patologic în ulcerul duodenal se proiectează sub formă de parestezii şi dureri (zona Head-Zaharine) în:
   A. Regiunea paravertebrală.
   B. Porțiunea inferioară a omoplatului stâng.
   C. Regiunile lombară, subscapulară, paraombilicală dreaptă.
   D. Regiunea inferioară a abdomenului, lombară şi sacrată.
   E. Regiunea cordului şi a abdomenului.

18. Deficitul de vitamina K poate conduce la:
   A. Hemoragii intracraniene.
   B. Delir.
   C. Amnezie.
   D. Ataxie.
   E. Oftalmoplegie.

19. Pacienții cu carență în vitamina $B_{12}$, de obicei, dezvoltă:
   A. Un accident vascular cerebral.
   B. O degenerescență subacută spinală combinată – mieloză funiculară.
   C. Comă metabolică.

D. Ictus ischemic medular (sindromul arterelor medulare posterioare).
E. Diplegie facială.

20. Carența în acid folic poate cauza:
A. Sindrom miopatic.
B. Sindrom de fatigabilitate patologică.
C. O polineuropatie manifestată prin parestezii, senzații de arsură şi slăbiciune în porțiunile distale ale membrelor.
D. Sindrom de poliradiculonevrită acută.
E. Mielopatie vasculară cronică.

21. La baza encefalopatiei hepatice acute stă (stau):
A. Hipoperfuzia cerebrală.
B. Insuficiența cardio-circulatorie.
C. Hipoxia cronică.
D. Perturbările metabolice.
E. Dereglările de ritm cardiac (bradicardia).

22. Examenul electroencefalografic în encefalopatia hepatică acută poate fi util prin înregistrarea modificărilor caracteristice sub forma:
A. Undelor ascuțite.
B. Silențiumului electrocerebral.
C. Descărcărilor epileptiforme.
D. Undelor trifazice.
E. Undelor alfa.

23. Patogenia dereglărilor neurologice în afecțiunile renale, în cele mai multe cazuri, este condiționată de:
A. Malabsorbție.
B. Hipoxie.
C. Hipercapnie.
D. Căderea tensiunii arteriale.
E. Intoxicația provocată de azotemie.

24. Apariția durerii şi a hiperesteziilor în zonele renale Head-Zaharine în nefrolitiază este provocată de:
A. Pierderea sodiului şi a clorurilor.
B. Hipo- sau hiperkaliemie.
C. Compresiunea mecanică de către calculii renali a ramurilor plexului vegetativ al rinichiului.
D. Hipertensiunea arterială renală.
E. Hipoalbuminemie.

25. Cele mai frecvente complicații neurologice în cadrul afecțiunilor endocrine apar în:
A. Diabetul zaharat.
B. Hipotiroidism.
C. Hipertiroidism.
D. Sindromul Cushing.
E. Boala Addison.

26. Mirosul de acetonă poate fi sesizat la bolnavul aflat în comă:
   A. Diabetică.
   B. Etilică.
   C. Uremică.
   D. Hepatică.
   E. Cauzată de otrăvire cu cianide.

27. Care dintre manifestările neurologice enumerate mai jos pot fi de debut în diabetul zaharat?
   A. Atacurile ischemice tranzitorii.
   B. Accidentele vasculare cerebrale.
   C. Radiculopatiile.
   D. Neuropatia periferică.
   E. Encefalopatia.

28. În care stări patologice de origine endocrină, enumerate mai jos, se pot dezvolta coreea, miopatia proximală, miastenia, paraliziile periodice hipokaliemice?
   A. Hipertiroidism.
   B. Hipotiroidism.
   C. Hiperadrenalism.
   D. Hipoadrenalism.
   E. Hipoglicemie.

29. Uneori, boala Fahr (depunerea calcificărilor în ganglionii bazali cu simptomatologie extrapiramidală) poate fi o urmare a:
   A. Hiperglicemiei.
   B. Hipotiroidismului.
   C. Hiperadrenalismului.
   D. Hipertiroidismului.
   E. Hipoadrenalismului.

30. Sindromul carpian în hipotiroidism apare datorită:
   A. Lezării vasculare a nervului.
   B. Unei susceptibilități deosebite a nervilor periferici la compresiune de către structurile adiacente.
   C. Hipokaliemiei.
   D. Depunerii de țesut mixedematos în jurul nervului.
   E. Hiponatremiei.

31. În care dintre patologiile endocrine enumerate mai jos o neuropatie periferică este rară?
   A. Diabetul zaharat.
   B. Tireotoxicoza.
   C. Mixedemul.
   D. Sindromul Cushing.
   E. Boala Addison.

32. Cefaleea şi amețelile apar în anemii atunci când concentrația hemoglobinei este redusă de cel puțin:
   A. 6 ori.
   B. 5 ori.

C. 4 ori.
D. 3 ori.
E. 2 ori.

33. Mieloza funiculară (degenerescența subacută spinală combinată) adesea se poate dezvolta în:
A. Anemia feriprivă.
B. Anemia megalocitară.
C. Policitemie.
D. Hemofilie.
E. Mielomul multiplu.

34. Cea mai caracteristică complicație neurologică a hemofiliei este:
A. Neuropatia periferică.
B. Poliradiculonevrita.
C. Hemoragia intracraniană.
D. Encefalopatia dismetabolică.
E. Sindromul picioarelor neliniștite.

35. Tulburarea integrității osoase cu o eventuală compresiune a structurilor sistemului nervos are loc în:
A. Lupusul eritematos sistemic.
B. Dermatomiozită.
C. Mielomul multiplu.
D. Poliartrita reumatoidă.
E. Sclerodermia sistemică.

36. În maladiile de sistem (lupusul eritematos sistemic, periarterita nodoasă, dermatomiozita, poliartrita reumatoidă, sclerodermia sistemică ș.a.) afectarea sistemului nervos central sau a celui periferic se datorează:
A. Dezvoltării infiltratelor de configurație rotundă formate din celule plasmatice în stern, vertebre, coaste, oasele craniului și în unele organe interne.
B. Proceselor vasculitice care lezează vasele mici.
C. Carenței de vitamine.
D. Scăderii concentrației de hemoglobină.
E. Tromboembolismului arterial și celui venos.

37. Care dintre manifestările de mai jos pot preceda orice alt semn al sclerodermiei sistemice?
A. Sindromul Raynaud.
B. Miozita proximală.
C. Afectarea nervului facial.
D. Neuropatia de trigemen.
E. Ictusul ischemic cerebral.

38. Hipertermia malignă este o anomalie metabolică rară, moștenită genetic, a anesteziei cu dereglare a metabolismului:
A. Cerebral.
B. Medular.
C. Nervilor periferici.

D. Joncţiunii neuro-musculare.
E. Muscular.

39. Temperatura corpului în comă, cauzată de hipotermie, este:
A. 36,6° C.
B. 35,5° C.
C. 34,4° C.
D. 33,3° C.
E. Mai mică de 32,2° C.

40. Alegeţi expresia cea mai reuşită pentru descrierea patogeniei bolii de decompresiune:
A. Tub electronic – ecran al televizorului.
B. Pistă – avion în decolare.
C. Conducător auto – traseu în ascensiune.
D. Deschiderea unei sticle cu băutură carbogazoasă.
E. Mersul unei unităţi militare în pas cadenţat pe pod.

41. În boala de decompresiune (cheson), azotul este eliberat în cantităţi mari în ţesutul nervos, fiindcă:
A. Este liposolubil.
B. Este elementul principal al ţesutului nervos.
C. Nu poate fi legat de proteinele circulante în serul sanguin.
D. Depăşeşte foarte uşor bariera hemato-encefalică.
E. Patogenia fenomenului nici până în prezent nu este cunoscută.

42. În boala de decompresiune (cheson) poate să persiste:
A. Cefaleea de tip tensional.
B. Migrena cronică.
C. Vertijul vestibular periferic.
D. Criza comiţială generalizată tonico-clonică.
E. Suferinţa mielopatică.

43. Tulburări ale sistemului nervos în electrocutare apar mai ales atunci când curentul electric a fost aplicat pe:
A. Traiectul unui nerv periferic.
B. Proiecţia plexului brahial stâng.
C. Coloana vertebrală cervicală.
D. Craniu.
E. Coloana vertebrală toracică.

44. Indicaţi manifestarea principală a sindromului Raynaud:
A. Necroză a ţesuturilor.
B. Tulburări ale funcţiilor vestibulare.
C. Crize de angiospasm.
D. Dureri rahidiene în diferite regiuni ale coloanei vertebrale.
E. Crampe în muşchii mâinilor.

45. Polineuropatia saturnină este rezultatul unei intoxicaţii cronice cu:
A. Cupru.
B. Plumb.
C. Mercur.

D. Aluminiu.
E. Arsen.

46. Intoxicația saturnină debutează cu:
A. Colici abdominale și artralgii.
B. Oboseală, excitabilitate, amețeli, grețuri, paloare a feței cu nuanță pământie.
C. Dunga gingivală Burton.
D. Sindromul de iritație meningeală.
E. Tulburări psihice, crize convulsive.

47. Una dintre cele mai frecvente leziuni în intoxicația cu arsen este:
A. Encefalopatia.
B. Mielopatia.
C. Sindromul Raynaud.
D. Plexopatia lombosacrată.
E. Polineuropatia cu tulburări motorii, de sensibilitate și trofice.

48. Benzile Mees la degetele mâinilor se observă în intoxicația cu:
A. Plumb.
B. Arsen.
C. Oxid de carbon.
D. Pesticide.
E. Compuși ai clorului.

49. În care intoxicație acută fața și mâinile bolnavului sunt de culoare roz, iar pe corp are pete cianotice?
A. Oxicarbonică.
B. Cu compuși ai fosforului.
C. Cu compuși ai mercurului.
D. Cu alcool.
E. Cu cianuri.

50. Indicați termenul de instalare a simptomatologiei neurologice după intoxicația cu clorofos:
A. 3–4 minute.
B. 3–4 ore.
C. 3–4 zile.
D. 3–4 săptămâni.
E. 3–4 luni.

51. Care substanțe utilizate în agricultură pot provoca intoxicație severă cu deces prin paralizie respiratorie și fibrilație atrială?
A. Compuși ai clorului.
B. Compuși ai fosforului.
C. Compuși ai mercurului.
D. Compuși ai arsenului.
E. Compuși ai acidului carbolic (fenolului).

52. Poate provoca mioză pronunțată intoxicația cu substanțele utilizate în agricultură:
A. Compuși ai clorului.
B. Compuși ai fosforului.
C. Compuși ai mercurului.

D. Compuşi ai arsenului.
E. Compuşi ai acidului carbolic (fenolului).

53. Putem obţine o recuperare spectaculoasă a mişcărilor oculare la bolnavul cu encefalopatie alcoolică acută Gayet-Wernicke în debut prin administrarea intravenoasă a:
A. Diazepamului.
B. Atropinei.
C. Vitaminei $B_1$.
D. Acidului nicotinic.
E. Prozerinei.

54. În spectrul afecţiunilor cerebeloase la un bolnav cu encefalopatie alcoolică acută Gayet-Wernicke extrem de rară este:
A. Ataxia.
B. Inexactitatea la îndeplinirea probei indice-nas.
C. Inexactitatea la îndeplinirea probei călcâi-genunchi.
D. Dizartria cerebeloasă.
E. Tremurătura amplă a membrelor.

55. Indicaţi cea mai frecventă manifestare de lezare a funcţiilor mentale la bolnavii cu encefalopatie alcoolică acută Gayet-Wernicke:
A. Dezorientare temporospaţială.
B. Deficit de memorie pentru evenimentele recente.
C. Excitaţie psihomotorie.
D. Neatenţie şi indiferenţă faţă de anturaj.
E. Confuzie cu apatie globală.

56. Care dintre manifestările clinice enumerate mai jos precede, de regulă, encefalopatia alcoolică acută Gayet-Wernicke cu câteva zile sau chiar săptămâni?
A. Oftalmoplegia cu sau fără ataxie.
B. Golurile de memorie pentru faptele recente, înlocuite de evenimente imaginare, confabulatorii.
C. Fenomenele de servaj alcoolic.
D. Tulburările tonusului muscular.
E. Anorexia, setea, colicile abdominale, vomele, pierderea ponderală.

57. Etiologia neuropatiei etilice este atribuită:
A. Intoxicaţiei cu azot.
B. Deficitului de tiamină.
C. Perturbării funcţionării sistemului de enzime.
D. Deficitului de glucide.
E. Dereglării proceselor de oxidare.

58. Care funcţii, din cele enumerate mai jos, se afectează foarte rar în neuropatia alcoolică?
A. Mnezice.
B. Somatice.
C. Cognitive.
D. Vegetative.
E. Sfincteriene.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la generalitățile manifestărilor neurologice în patologia somatică:
   A. În stadiile precoce ale patologiei somatice manifestările neurologice, în majoritatea cazurilor, sunt funcționale, apoi devin constante și ireversibile.
   B. Dereglările sistemului nervos, de obicei, precedă cu 3–5 ani apariția afecțiunilor somatice.
   C. Uneori, manifestările neurologice pot preceda manifestările somatice, având, astfel, un rol diagnostic important în depistarea precoce a maladiei somatice.
   D. În bolile somatice se dezvoltă o gamă variată de manifestări neurologice.
   E. În multe afecțiuni somatice manifestările neurologice au un caracter specific.

2. Sindromul asteno-vegetativ include următoarele simptome și semne clinice:
   A. Slăbiciune generală și fatigabilitate sporită.
   B. Tulburări de somn, indispoziție.
   C. Anxietate, transpirații, amețeli, cefalee.
   D. Labilitatea tensiunii arteriale și a pulsului.
   E. Accese comițiale.

3. Patogenia semnelor de afectare cerebrală în infarctul miocardic se manifestă prin:
   A. Tulburări ale metabolismului glucidelor.
   B. Dezvoltarea unei ateroscleroze precoce a vaselor magistrale cervico-cerebrale.
   C. Tulburări de hemodinamică cerebrală.
   D. Embolii cerebrale.
   E. Vagotonie de origine suprasegmentară.

4. Sindromul cardiocerebral din infarctul miocardic include:
   A. Tulburări de conștiență (sincopă, stupoare, comă).
   B. Crize comițiale.
   C. Cefalee, agitație psihomotorie, grețuri, vomă.
   D. Semne de elongație.
   E. Deficite cerebrale de focar (hemipareze, afazie, dereglări senzitive, vizuale etc.).

5. În infarctul miocardic se pot observa următoarele sindroame neurologice:
   A. Cardio-cerebral.
   B. Cardio-spinal.
   C. Umăr-mână.
   D. De tunel median.
   E. De tunel cubital.

6. Sindromul cardio-spinal din infarctul miocardic se manifestă prin:
   A. Parapareze.
   B. Tulburări de sensibilitate de tip conductiv.
   C. Tulburări de sensibilitate de tip segmentar.
   D. Dereglări sfincteriene.
   E. Dereglări cerebeloase.

7. Datele etiologice ale sindromului umăr-mână, care se poate dezvolta în timpul convalescenței în infarctul miocardic, cuprind mai mulți factori:
   A. Tulburări ale sistemului nervos vegetativ.
   B. Discopatia cervicală.
   C. Hipercolesterinemia.
   D. Hipodinamia.
   E. Bursita subdeltoidiană.

8. În anghina pectorală pot fi observate următoarele manifestări neurologice:
   A. Sindromul neurastenic.
   B. Atacul ischemic tranzitor.
   C. Ictusul cerebral.
   D. Ictusul medular.
   E. Vertijul vestibular periferic.

9. Cele mai frecvente manifestări ale viciilor cardiace congenitale sunt:
   A. Retardul mintal.
   B. Sindromul sincopal.
   C. Sindromul neurasteniform.
   D. Radiculopatia discogenă lombară.
   E. Simptomatologia neurologică focală.

10. Indicați manifestările neurologice care deseori se asociază cu viciile cardiace dobândite:
   A. Sindromul neurastenic, depresia.
   B. Atacurile ischemice tranzitorii.
   C. Accidentele vasculare cerebrale.
   D. Vasculita reumatică cerebrală.
   E. Coreea Huntington.

11. În tulburările de ritm cardiac se pot întâlni următoarele manifestări neurologice:
   A. Atacul ischemic tranzitoriu.
   B. Sindromul comițial.
   C. Sindromul sincopal.
   D. Sindromul algic toraco-lombar.
   E. Accidentul vascular cerebral.

12. Cele mai frecvente complicații neurologice ale hipertensiunii arteriale sunt:
   A. Encefalopatia hipertensivă acută.
   B. Cefaleea secundară hipertensiunii arteriale.
   C. Vertijul.
   D. Hidrocefalia.
   E. Accidentele vasculare cerebrale.

13. Manifestările neurologice ale encefalopatiei hipertensive acute sunt:
   A. Cefaleea severă.
   B. Starea confuzională, crizele epileptice.
   C. Somnambulismul.
   D. Tulburările vizuale.
   E. Deficitul neurologic tranzitor.

14. Un rol important în patogenia manifestărilor neurologice din cadrul afecțiunilor respiratorii au:
  A. Hiperventilația.
  B. Dereglările paternului de respirație.
  C. Tipul de respirație.
  D. Hipoxia.
  E. Hipercapnia.

15. Fiecare caz de pneumonie necomplicată include următoarele manifestări neurologice:
  A. Cefalee moderată.
  B. Fotofobie.
  C. Hiperestezie generală.
  D. Tulburări vegeto-distonice.
  E. Depresie mascată.

16. În formele de pneumonii lobare pot fi întâlnite următoarele manifestări neurologice:
  A. Sindromul comițial.
  B. Sindromul sincopal.
  C. Sindromul encefalopatic.
  D. Sindromul de hipertensiune intracraniană (HIC).
  E. Sindromul meningeal.

17. Sindromul encefalopatic din pneumonia franc-lobară se manifestă prin:
  A. Cefalee severă.
  B. Constipații.
  C. Excitație psihomotorie.
  D. Semne neurologice focale discrete.
  E. Vegetodistonie.

18. Indicați afecțiunile aparatului respirator care pot fi însoțite de encefalopatie hipoxică cronică:
  A. Bronșita cronică.
  B. Astmul bronșic.
  C. Emfizemul pulmonar.
  D. Pneumoscleroza.
  E. Pneumonia franc-lobară.

19. Simptomatologia neurologică a encefalopatiei hipoxice cronice e compusă din:
  A. Cefalee difuză, preponderent matinală, cu intețire la efort fizic și tuse.
  B. Sincope.
  C. Coprolalie.
  D. Depresie.
  E. Betalepsie.

20. Afectarea sistemului nervos în bolile gastrointestinale în majoritatea cazurilor se datorează perturbărilor de metabolism:
  A. Proteic.
  B. Lipidic.
  C. Mintal.

D. Vitaminic.
E. Electrolitic.

21. Cele mai frecvente sindroame neurologice întâlnite în afecţiunile gastrointestinale sunt:
   A. Sindromul algic, în zonele Head-Zaharine.
   B. Sindromul neurasteniform.
   C. Distonia vegetativă, manifestată prin tulburări vegetative permanente şi paroxismale.
   D. Sindromul Parkinson.
   E. Sindromul meningeal.

22. Printre manifestările neurologice în bolile gastrointestinale se pot întâlni:
   A. Sindromul sincopal.
   B. Sindromul polineuropatic.
   C. Encefalopatia dismetabolică.
   D. Encefalomielopatia dismetabolică.
   E. Encefalopatia uremică.

23. Carenţa vitaminei A cauzează:
   A. Cecitate nocturnă.
   B. Crize epileptiforme.
   C. Ulceraţii corneene.
   D. Pseudotumoră cerebrală (hipertensiune intracraniană benignă).
   E. Cheratomalacie.

24. Deficienţa vitaminei $B_6$ (piridoxină) poate cauza:
   A. Pareză mimică de tip periferic.
   B. Nevralgie de trigemen.
   C. Polineuropatie.
   D. Crize epileptice.
   E. Ictus medular.

25. Mieloza funiculară (cauzată de carenţa vitaminei $B_{12}$) se manifestă prin:
   A. Parestezii şi slăbiciune în porţiunile distale ale extremităţilor, care apoi se răspândeşte şi în porţiunile proximale ale lor.
   B. Mioză paralitică.
   C. Parapareză spastică.
   D. Ataxie senzitivă.
   E. Alterarea statusului mintal şi neuropatie optică.

26. Actualmente, sunt cunoscute următoarele sindroame hepato-cerebrale:
   A. Encefalopatia portosistemică acută (encefalopatia hepatică acută).
   B. Encefalopatia portosistemică subacută.
   C. Encefalopatia portosistemică reversibilă recurentă.
   D. Encefalopatia portosistemică ireversibilă cronică progresivă.
   E. Sindromul convulsiv cauzat de insuficienţa hepatică.

27. Tulburările motorii din encefalopatia hepatică acută cuprind:
   A. Asterixis şi mioclonus.
   B. Tremor.

C. Hipersalivaţie.
D. Posturi patologice (prin *decorticare* şi *decerebrare*), condiţionate de progresarea encefalopatiei.
E. Paralizia flască şi areflexia (în stadiile finale).

28. Indicii de laborator caracteristici pentru encefalopatia hepatică acută sunt următorii:
A. Hiperamonemia.
B. Creşterea nivelului de glutamină în sânge.
C. Alcaloza respiratorie.
D. Hipoxemia.
E. Creşterea pronunţată a nivelului de amilază în sânge.

29. Tabloul clinic al encefalopatiei hepatice cronice cuprinde:
A. Modificările intelectuale.
B. Tulburările cognitive.
C. Dereglările de conştienţă.
D. Semnele neurologice: tremorul, coreea, sindromul akinetico-rigid, parapareza spastică.
E. Sindromul meningeal (cefalee, greţuri, vomă, fotofobie, hiperestezie, semnul Kernig).

30. Tratamentul encefalopatiei hepatice cronice include:
A. Dietă bogată în proteine.
B. Administrarea antibioticelor, în scopul sterilizării intestinului.
C. Administrarea delactulozei.
D. Plasmafereză.
E. Iradierea sângelui cu raze ultraviolete.

31. Indicaţi expresiile corecte referitoare la polineuropatie, care, uneori, se dezvoltă în afecţiunile hepatice cronice:
A. Fibrele motorii sunt afectate timpuriu şi mai exprimat.
B. Tabloul clinic se manifestă prin senzaţii de furnicătură, amorţeli, înţepături, arsuri, care, mai târziu, se asociază cu hipotrofii ale eminenţelor metatarsiene.
C. Pacienţii nu pot merge pe călcâie.
D. Pacienţii pot merge pe degete.
E. Examenul obiectiv pune în evidenţă un deficit senzitiv pentru toate modurile sensibilităţii de tip polineuritic, abolirea reflexelor achiliene.

32. Indicaţi verigile procesului patogenic care produc dereglări degenerative ale neuronilor în patologia renală:
A. Pierderea sodiului şi a clorurilor, hipo- sau hiperkaliemia, hipoalbuminemia.
B. Creşterea exagerată a presiunii osmotice-coloidale a sângelui.
C. Creşterea permeabilităţii vaselor.
D. Hemoragii prin diapedeză, plasmoragii.
E. Edemul ţesutului nervos.

33. Cele mai frecvente manifestări neurologice întâlnite în afecţiunile renale sunt:
A. Radiculalgiile.
B. ~~Sindromul polineuropatic.~~
C. Sindromul neurasteniform.

D. Paraliziile diskaliemice (hipo- sau hiperkaliemice).
E. Sindromul miastenic.

34. În stadiile avansate ale patologiei renale se pot dezvolta:
A. Encefalopatia uremică acută.
B. Encefalopatia uremică cronică.
C. Coma uremică.
D. Accidentele vasculare cerebrale (complicație a hipertensiunii arteriale renale).
E. Sindromul miopatic cu grave dereglări ale funcției locomotorii.

35. Neuropatia autonomă (vegetativă) este obişnuită în diabetul zaharat şi poate provoca:
A. Impotență.
B. Diaree, anhidroză.
C. Anomalii pupilare.
D. Hipotensiune ortostatică, sincopă.
E. Halucinații auditive.

36. Simptomele neurologice principale întâlnite în hipertiroidism sunt:
A. Tremorul.
B. Anxietatea.
C. Bradicardia.
D. Cefaleea.
E. Insomnia.

37. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la boala ochiului distiroidian:
A. Apare uneori la bolnavii cu tireotoxicoză.
B. Cel mai comun semn inițial este diplopia datorată scăderii forței muşchiului ocular drept superior.
C. Cu timpul, poate să apară o oftalmoplegie externă.
D. În evoluția negativă a bolii apare endoftalmia.
E. Chemosis.

38. Uneori, mixedemul este însoțit de pseudomiotonie, care se manifestă prin:
A. Tulburare particulară a decontractării musculare.
B. Prelungirea duratei reflexelor tendinoase.
C. Crampe musculare.
D. Dureri şi înțepenire a muşchilor.
E. Sindrom de fatigabilitate musculară patologică, mai ales în a doua jumătate a zilei.

39. În care din patologiile endocrine enumerate mai jos este prezent sindromul miopatic sau amiotrofic?
A. Feocromocitom.
B. Tireotoxicoză.
C. Mixedem.
D. Sindromul Cushing.
E. Boala Addison.

40. În care din patologiile endocrine enumerate mai jos pot să apară atacuri de paralizii periodice, asociate cu hipokaliemia?
A. Diabetul zaharat.

B. Tireotoxicoza.
C. Mixedemul.
D. Sindromul Cushing.
E. Boala Addison.

41. Crizele addisoniene pot fi însoțite de convulsii generalizate atribuite:
A. Hipotensiunii arteriale.
B. Hiponatremiei.
C. Hiperkaliemiei.
D. Hipoglicemiei.
E. Intoxicației cu apă.

42. Examenul oftalmoscopic în anemie poate pune în evidență:
A. Edemul papilei nervului optic.
B. Paloarea.
C. Hemoragiile retiniene mici.
D. Hemoragiile retiniene fusiforme.
E. Atrofia secundară a papilei nervului optic.

43. Bolnavii cu anemie feriprivă prezintă alimentație compulsivă manifestată prin:
A. Anorexie.
B. Bulemie.
C. Polidipsie.
D. Picacism.
E. Parorexie.

44. În anemia feriprivă este descris sindromul Ekbom, care include:
A. Sindromul picioarelor neliniştite.
B. Mioclonii nocturne.
C. Acatizie.
D. Crampe musculare.
E. Miochimii.

45. În leucemii se disting următoarele tipuri de lezare a sistemului nervos:
A. Metabolic.
B. Toxic.
C. Vascular.
D. Limfocitar.
E. Pseudotumoral.

46. Indicați manifestările neurologice, care pot avea loc în lupusul eritematos sistemic:
A. Boala Parkinson.
B. Hiperkinezii coreice sau mioclonii.
C. Infarct cerebral emisferial sau de trunchi.
D. Modificări mintale (depresie, manie, psihoză schizoidă, halucinații, tulburări cognitive), crize comițiale.
E. Polineuropatie, mononevrită multiplex, sindrom Guillain-Barré.

47. Indicați afirmațiile care au o importanță esențială în stabilirea diagnosticului diferențial dintre lupusul eritematos şi scleroza multiplă:
A. Trăsăturile sistemice ale bolii cu artrite.

B. Leziuni cutanate, alopecie.
C. Afectări pleurale.
D. Fenomenul Raynaud.
E. Otite purulente.

48. Care indici de laborator pot fi valoroşi pentru diagnosticul pozitiv al lupusului eritematos sistemic?
A. Anemia, leucopenia, VSH cu valori crescute.
B. Inversarea raportului proteic al serului.
C. Hiperglicemia.
D. Anticorpi anti-ADN.
E. Anticorpi cardiolipidici.

49. Care din manifestările clinice din dermatomiozită, enumerate mai jos, mimează o suferinţă primar neurologică?
A. Disfagia.
B. Eritemele întinse cu descuamări.
C. Suferinţa muşchilor proximali ai extremităţilor, fatigabilitatea musculară.
D. Deficitul de motilitate facială.
E. Afectarea muşchilor oculari extrinseci.

50. Indicaţi condiţiile în care se poate instala şocul caloric:
A. Expunerea la temperaturi înalte.
B. Activităţi fizice intense în condiţii neobişnuit de calde.
C. Administrarea tratamentelor anticolinergice (de ex. pentru boala Parkinson).
D. În orice condiţii care împiedică transpiraţia.
E. Coma metabolică.

51. Care sunt manifestările şocului termic?
A. Bolnavii devin agitaţi şi au stări confuzionale înainte de a deveni stuporoşi sau comatoşi, uneori dezvoltă convulsii generalizate.
B. Pielea bolnavului este umedă şi lipicioasă.
C. Se constată tahicardie şi hipotensiune.
D. Colaps circulator ce conduce la deces.
E. Pacienţii care supravieţuiesc pot rămâne cu complicaţii neurologice constante (amnezie, dizartrie, ataxie, demenţă, hemipareze).

52. Boala de decompresiune îi afectează pe:
A. Astronauţi.
B. Aviatori.
C. Scufundători.
D. Alpinişti.
E. Muncitorii din tunele, care lucrează în condiţiile unei atmosfere presurizate.

53. S-au observat efecte întârziate ale şocurilor electrice, cum ar fi:
A. Sindromul bulbar.
B. Sindromul pseudobulbar.
C. Mielopatii.
D. Neuropatii.
E. Boala neuronului motor.

54. Care din maladiile neurologice enumerate mai jos pot fi rezultatul unei agresiuni prin iradiere?
   A. Mielopatia.
   B. Encefalopatia.
   C. Atrofia nervului optic.
   D. Plexopatia brahială.
   E. Nevroza anxioasă.

55. Indicaţi la care profesii se poate întâlni mai frecvent boala de trepidaţii (vibraţiune):
   A. Tractorişti.
   B. Excavatorişti.
   C. Conducători de tren.
   D. Marinari.
   E. Piloţi.

56. Trepidaţiile de termen lung cauzează:
   A. Alterări histologice.
   B. Alterări histochimice.
   C. Tulburări neurohormonale.
   D. Hiperostoză frontală.
   E. Modificări distrofice în sistemul nervos la diferite niveluri.

57. Tabloul clinic al bolii de trepidaţii cuprinde:
   A. Scăderea acuităţii olfactive până la anosmie.
   B. Reducerea acuităţii vizuale şi a câmpului vizual.
   C. Tulburări ale funcţiei vestibulare.
   D. Dereglări ale sensibilităţii vibratorii, tactile, termice, algice şi proprioreceptive.
   E. Sindromul vertebral, lombosciatica.

58. Alegeţi caracteristicile sindromului Raynaud din cadrul bolii de vibraţiune:
   A. Crize de paloare, urmate de cianoza sau roşeaţa degetelor II–III–IV–V; concomitent, bolnavul acuză senzaţii neplăcute în extremităţi, amorţeli, furnicături, chiar dureri.
   B. La debutul bolii aceste simptome sunt reversibile, mai apoi însă devin persistente.
   C. Se manifestă îndeosebi la femeile tinere, fără expunere la trepidaţii.
   D. Afectează predominant mâinile.
   E. Afectează atât membrele superioare, cât şi cele inferioare.

59. Care din nervii cranieni enumeraţi pot fi afectaţi în intoxicaţia saturnină?
   A. Optic.
   B. Oculomotor.
   C. Abducens.
   D. Facial.
   E. Hipoglos.

60. Diagnosticul de polineuropatie saturnină se stabileşte prin:
   A. Datele anamnestice (anumite profesii, consumul apei trecute prin conducte de plumb, folosirea vaselor de lut rău prelucrate).
   B. Tabloul clinic caracteristic (deficit exclusiv motor).
   C. Depistarea plumbului în sânge şi urină.

D. Atingerea funcţiilor mentale în 100% din cazuri.
E. Administrarea glucozei şi a dozelor mari de tiamină, care ameliorează rapid starea bolnavului.

61. Managementul intoxicaţiei cu compuşi ai fosforului include:
A. Întreruperea contactului cu substanţa toxică.
B. Administrarea prozerinei 0,05% – 2,0 i/m, la fiecare 4 ore.
C. Administrarea vasoconstrictoarelor (în cazul scăderii bruşte a tensiunii arteriale) şi a anticonvulsivantelor (la dezvoltarea convulsiilor).
D. Administrarea atropinei – 2 mg i/v, la fiecare 3–5 minute (până la dispariţia simptomelor), apoi per os.
E. Administrarea pralidoximului – 1 g i/v, timp de 2 minute, la fiecare 8–12 ore (cu scopul reactivării acetilcolinesterazei în sinapsele periferice).

62. În intoxicaţiile provocate de compuşii mercurului (granozan, fungitox) se marchează afectarea preponderentă a următoarelor părţi componente ale sistemului nervos:
A. Cortexul.
B. Cerebelul.
C. Măduva spinării.
D. Plexurile regionare.
E. Nervii periferici.

63. Intoxicaţiile grave cu compuşi ai mercurului (granozan, fungitox) se manifestă prin următoarele simptome:
A. Diplegie facială.
B. Paralizia extremităţilor.
C. Pierderea vederii.
D. Scăderea auzului.
E. Psihoze.

64. Tratamentul în intoxicaţia acută cu compuşi ai mercurului se compune din următoarele etape:
A. Eliminarea mercurului neabsorbit din intestin: provocarea vărsăturilor; spălături gastrice cu administrarea ulterioară a soluţiilor proteice (albumină); cărbune activ; în dereglări de conştienţă – intubarea traheii; formaldehid-sulfoxilat Na 5% – 200 ml în duoden.
B. Legarea mercurului absorbit: dimercaprol – câte 4–5 mg/kg/corp, la fiecare 4 ore în decursul primelor 24 ore, apoi la fiecare 8 ore.
C. Prevenirea insuficienţei renale acute; în caz de anurie – hemodializă.
D. Doze mari de vitamine din grupa B.
E. Oxibaroterapia.

65. În patogenia manifestărilor neurologice în alterarea alcoolică, o mare importanţă au carenţele în vitaminele:
A. A.
B. B.
C. C.
D. D.
E. E.

66. În tabloul clinic al encefalopatiei alcoolice acute Gayet-Wernicke predomină:
   A. Dereglările oculomotorii (oftalmopareză, strabism, mioză).
   B. Hiperkineziile (tremurătură a mandibulei, mioclonii, coreoatetoză).
   C. Tulburările tonusului muscular.
   D. Dereglările circulației sanguine medulare în sistemul arterei Desprogress-Gotterone.
   E. Dereglările vegetative (hipertermie, tahicardie, hiperhidroză ş.a.).

67. În care stupoare sau comă se administrează tiamina (vit. $B_1$) în doza de 250 mg/zi, în asociere cu vitamina C şi cu alte vitamine ale grupului B?
   A. În coma hipoglicemică.
   B. Asociată cu unele semne oculomotorii.
   C. Asociată cu o neuropatie periferică.
   D. Asociată cu unele antecedente apropiate cu consumul exagerat de alcool.
   E. Asociată cu unele vărsături incoercibile.

68. Alegeți enunțurile corecte referitoare la neuropatia alcoolică:
   A. Din punct de vedere anatomopatologic, aminteşte boala beri-beri.
   B. Este o neuropatie mielinică cu afectarea predominantă a fibrelor vegetative.
   C. Produce parestezii distale mai întâi în membrele inferioare, apoi în cele superioare.
   D. Într-un stadiu mai avansat se instalează scăderea progresivă a forței musculare cu amiotrofii specifice.
   E. Reflexele osteotendinoase sunt diminuate sau abolite.

69. Care părți ale cerebelului se afectează, de regulă, în degenerarea cerebeloasă alcoolică?
   A. Pedunculii superiori.
   B. Pedunculii mijlocii.
   C. Pedunculii inferiori.
   D. Partea anterosuperioară a vermisului.
   E. Emisferele.

70. Demența alcoolică se manifestă prin:
   A. Modificarea personalității.
   B. Tulburarea memoriei.
   C. Păstrarea capacităților intelectuale.
   D. Instabilitate emoțională.
   E. Neglijarea serviciului şi familiei.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociaţi manifestările neurologice posibile în carenţa de vitamine:

Carenţa de:
- a. Vitamina D.
- b. Vitamina $B_1$ (tiamină).

Manifestările neurologice:
1. Ambliopie cu scotom bilateral.
2. Dureri osoase nocturne.
3. Polineuropatie axonală.
4. Slăbiciune musculară.
5. Degenerescenţă corticală cerebeloasă.
6. Tetanie.
7. Encefalopatie Wernicke.
8. Tulburări auditive.
9. Sindrom miopatic.

2. Asociaţi cifrele cu literele:

- a. Anemie feriprivă.
- b. Anemie megalocitară.
- c. Policitemie.
- d. Hemofilie.
- e. Mielom multiplu.

1. Sindromul picioarelor neliniştite.
2. Tromboembolism cerebral.
3. Mieloză funiculară.
4. Fracturi ale vertebrelor.
5. Hemoragii intracraniene.

3. Asociaţi boala de sistem cu manifestările neurologice caracteristice:

Boala de sistem:
- a. Poliartrita reumatoidă.
- b. Sclerodermia sistemică.

Manifestările neurologice:
1. Sindromul Raynaud.
2. Înţepenirea dureroasă a mâinilor.
3. Oboseala şi durerea de cap.
4. Neuropatia periferică, predominant motorie.
5. Mielopatia compresivă.
6. Durerile radiculare occipitale.
7. Scăderea forţei proximale la nivelul membrelor.
8. Scăderea forţei musculare şi amiotrofiile musculaturii cefei.
9. Hipoestezia trigeminală.
10. Crizele convulsive.
11. Modificările cognitive.
12. Pareza mimică de tip Bell.
13. Ictusul ischemic.
14. Demenţa.
15. Ataxia pseudotabetică.

4. Asociați ocupațiile expuse riscului îmbolnăvirii de boala de trepidații cu cele expuse riscului îmbolnăvirii de intoxicație saturnină:

Afecțiunea:
a. Boala de trepidații.
b. Polineuropatia și encefalopatia saturnină.

Ocupațiile:
1. Persoane antrenate în industria grafică.
2. Tractoriști.
3. Persoane antrenate în industria vopselelor.
4. Conducători de tren.
5. Șoferi.
6. Persoane care lucrează cu acumulatoare.
7. Piloți.
8. Muncitori care montează cabluri telefonice.
9. Topitori.
10. Pielari.
11. Muncitori la mașini fixe, care transmit vibrațiile prin sol, la mecanisme speciale ș.a.
12. Lucrătorii stațiilor de alimentare cu benzină.

5. Asociați manifestările neurologice cu gradul intoxicației, provocată de pesticidele folosite în agricultură:

Gradul intoxicației:
a. Ușoară.
b. Gravă.

Manifestările neurologice:
1. Astenie.
2. Encefalopatie toxică.
3. Cefalee.
4. Parestezii.
5. Tulburări vegetative.
6. Polineuropatie.
7. Fenomene extrapiramidale.
8. Tulburări cerebeloase.
9. Sindrom convulsiv.

6. Asociați substanțele folosite în agricultură cu grupul compușilor din care fac parte:

Grupul:
a. Compuși ai clorului.
b. Compuși ai fosforului.

Denumirea substanței:
1. Tiofosul.
2. Metafosul.
3. Carbofosul.
4. Clorofosul.
5. Fosfamida.
6. Cloridanul.
7. Hexacloranul.
8. Gamehanul.
9. Lindanul.
10. DDT.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Căderea tensională, fiind semnul cel mai frecvent în infarctul miocardic, cauzează dezvoltarea sindromului cardiocerebral.

2. Perturbările metabolice stau la baza encefalopatiei hepatice acute, fiind în raport direct cu gradul de dereglare a conştienței şi disfuncția cognitivă.

3. Complicații frecvente ale policitemiei sunt meningoencefalitele bacteriene sau virale, deoarece în această afecțiune hematologică scade considerabil imunitatea.

4. În intoxicația cronică cu arsen se întâlnesc simptome intestinale sever exprimate (dureri acute în epigastru, vărsături, colici abdominale, diaree, hipotermie, convulsii), precum şi hipersalivația.

5. Compuşii clorului, folosiți în agricultură, sunt uşor solubili în grăsimi, ceea ce contribuie la pătrunderea lor rapidă în celulele nervoase.

6. Purgativele uleioase dizolvă compuşii clorului şi grăbesc absorbția lor, fapt ce le face absolut necesare în terapia de urgență a intoxicațiilor cu aceste substanțe.

# RĂSPUNSURI

**I.**

1. A, p. 334.
2. C, p. 335.
3. A, p. 335.
4. E, p. 336.
5. B, p. 336.
6. D, p. 336.
7. E, p. 336.
8. C, p. 336.
9. C, p. 336.
10. A, p. 336.
11. E, p. 336.
12. D, p. 336.
13. B, p. 336.
14. B, p. 337.
15. C, p. 337.
16. D, p. 337.
17. C, p. 337.
18. A, p. 338.
19. B, p. 338.
20. C, p. 338.
21. D, p. 338.
22. D, p. 338.
23. E, p. 339.
24. C, p. 339.
25. A, p. 340.
26. A, p. 340.
27. D, p. 340.
28. A, p. 340–341.
29. B, p. 341.
30. D, p. 341.
31. E, p. 341.
32. E, p. 342.
33. B, p. 342.
34. C, p. 342.
35. C, p. 342.
36. B, p. 343.
37. D, p. 344.
38. E, p. 345.
39. E, p. 345.
40. D, p. 346.
41. A, p. 346.
42. E, p. 346.
43. D, p. 346.
44. C, p. 347.
45. B, p. 347.

**II.**

1. A, C, D, E, p. 334.
2. A, B, C, D, p. 334.
3. C, D, p. 335.
4. A, B, C, E, p. 335.
5. A, B, C, p. 335.
6. A, B, C, D, p. 335.
7. A, B, E, p. 335.
8. A, B, C, p. 335.
9. A, B, C, E, p. 335.
10. A, B, C, D, p. 335.
11. A, C, E, p. 335.
12. A, E, p. 335.
13. A, B, D, E, p. 335–336.
14. D, E, p. 336.
15. A, B, C, D, p. 336.
16. C, E, p. 337.
17. A, C, D, E, p. 337.
18. A, B, C, D, p. 337.
19. A, B, D, E, p. 337.
20. A, B, D, E, p. 337.
21. A, B, C, p. 337.
22. A, B, C, D, p. 337.
23. A, C, E, p. 337.
24. C, D, p. 338.
25. A, C, D, E, p. 338.
26. A, C, D, p. 338.
27. A, B, D, E, p. 338.
28. A, B, C, D, p. 338.
29. A, B, C, D, p. 338–339.
30. B, C, p. 339.
31. B, C, E, p. 339.
32. A, C, D, E, p. 339.
33. A, B, C, D, p. 339.
34. A, B, C, D, p. 339.
35. A, B, C, D, p. 340.
36. A, B, D, E, p. 340.
37. A, B, C, E, p. 341.
38. A, B, C, D, p. 341.
39. B, C, D, E, p. 340–341.
40. B, E, p. 340–341.
41. B, E, p. 341.
42. B, C, D, p. 342.
43. D, E, p. 342.
44. A, B, C, p. 342.
45. C, E, p. 343.

**III.**

1.
a. 2, 4, 6, 8, 9.
b. 1, 3, 5, 7, p. 338.

2.
a. 1.
b. 3.
c. 2.
d. 5.
e. 4, p. 342.

3.
a. 4, 5, 6, 10, 11.
b. 1, 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, p. 344.

4.
a. 2, 4, 5, 7, 11, p. 346.
b. 1, 3, 6, 8, 9, 10, 12, p. 347–348.

5.
a. 1, 3, 4, 5, p. 350.
b. 2, 6, 7, 8, 9.

6.
a. 6, 7, 8, 9, 10.
b. 1, 2, 3, 4, 5, p. 350.

**IV.**

1.
A, p. 335.

2.
A, p. 338.

3.
E, p. 342.

4.
D, p. 348.

5.
A, p. 350.

6.
C, p. 350.

46. A, p. 348.
47. E, p. 348.
48. B, p. 348.
49. A, p. 349.
50. D, p. 349.
51. A, p. 350.
52. B, p. 351.
53. C, p. 353.
54. D, p. 353.
55. E, p. 353.
56. A, p. 353.
57. B, p. 354.
58. E, p. 354.

46. B, C, D, E, p. 343.
47. A, B, C, D, p. 343.
48. A, B, D, E, p. 343.
49. A, C, D, E, p. 344.
50. A, B, C, D, p. 345.
51. A, C, D, E, p. 345.
52. C, E, p. 345.
53. C, D, E, p. 346.
54. A, B, C, D, p. 346.
55. A, B, C, E, p. 346.
56. A, B, C, E, p. 347.
57. B, C, D, E, p. 347.
58. A, B, D, p. 347.
59. A, B, D, E, p. 348.
60. A, B, C, p. 348.
61. A, C, D, E, p. 351.
62. A, B, C, p. 351.
63. B, C, D, E, p. 351.
64. A, B, C, p. 352.
65. B, E, p. 352.
66. A, B, C, E, p. 352–353.
67. B, C, D, E, p. 353.
68. A, C, D, E, p. 354.
69. D, E, p. 354.
70. A, B, D, E, p. 354.

# 17. TUMORILE CEREBRALE ŞI MEDULARE

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Staza venoasă determinată de tumorile intracraniene contribuie la apariţia:
   A. Edemului cerebral.
   B. Manifestărilor clinice de focar.
   C. Acceselor epileptice parţiale.
   D. Acceselor epileptice generalizate.
   E. Manifestărilor clinice de ordin general.

2. Simptomele de hipertensiune intracraniană apar la bolnavii cu procese expansive intracraniene în:
   A. 100% din cazuri.
   B. 60–80% din numărul total de bolnavi.
   C. 40–50% din cazuri.
   D. 20–30% din numărul total de bolnavi.
   E. Aproximativ 15% din cazuri.

3. Hipertensiunea intracraniană apare mai precoce şi este mai intensă în cazurile în care tumorile sunt situate:
   A. În fosa craniană anterioară.
   B. În fosa craniană medie.
   C. În fosa craniană posterioară (subtentorial).
   D. Supratentorial.
   E. Extracranian.

4. O tumoare, care se dezvoltă în primul an de viaţă, poate să nu dea fenomene de hipertensiune intracraniană, deoarece:
   A. Creierul la această etapă de dezvoltare nu are proprietatea de a se tumefia.
   B. Ea produce o hiposecreţie de lichid cefalorahidian.
   C. Copilul nu poate reda manifestările subiective pe care le are.
   D. Se produce o disjuncţie a suturilor oaselor craniului.
   E. Nu se deteriorează căile de scurgere a lichidului cefalorahidian.

5. În cele mai multe cazuri, primul simptom clinic din cadrul sindromului de hipertensiune intracraniană, cauzat de un proces expansiv intracranian, este:
   A. Accesul epileptic.
   B. Tulburările vestibulare.
   C. Semnele de iritaţie meningiană.
   D. Staza papilară.
   E. Cefaleea.

6. Percuţia craniului decelează, de cele mai multe ori (în peste o jumătate din cazuri), o zonă dureroasă la nivelul unde se localizează procesul patologic în:
   A. Nevralgie trigeminală.
   B. Encefalită herpetică.
   C. Tumoare intracraniană.
   D. Meningită limfocitară.
   E. Hidrocefalie.

7. Cefaleea cedează definitiv în procesul expansiv intracranian odată cu:
   A. Extirparea completă a procesului expansiv.
   B. Apariția edemului papilei nervului optic.
   C. Dispariția atrofiei papilei nervului optic.
   D. Drenarea unei cantități de lichid ventricular.
   E. Restabilirea chirurgicală a căilor de circulație a lichidului cefalorahidian.

8. Indicați simptomul care poate fi unica manifestare a hipertensiunii intracraniene la copil:
   A. Cefaleea.
   B. Grețurile.
   C. Vomismentele.
   D. Plânsul.
   E. Iritabilitatea.

9. O importanță deosebită în diagnosticul tumorii intracraniane are manifestarea clinică de suferință a perechii de nervi cranieni:
   A. II.
   B. III.
   C. IV.
   D. V.
   E. VI.

10. În calitate de semn al hipertensiunii intracraniane este mult discutat următorul semn clinic:
   A. Amețeala.
   B. Vertijul.
   C. Tulburările vestibulare.
   D. Epilepsia.
   E. Dereglările oculomotorii.

11. În glioamele situate supratentorial în faza de hipertensiune intracraniană deseori apar:
   A. Accesele epileptice parțiale.
   B. Accesele epileptice generalizate.
   C. Accesele epileptice parțial generalizate.
   D. Absențele epileptice.
   E. Somnambulismul.

12. La copii, tumorile de fosă craniană posterioară se întâlnesc în aproximativ:
   A. 70% cazuri.
   B. 50% cazuri.
   C. 80% cazuri.
   D. 90% cazuri.
   E. 100% cazuri.

13. Sindromul de lob frontal este dominat de:
   A. Epilepsie jacksoniană motorie.
   B. Epilepsie jacksoniană senzitivă.
   C. Agrafie.

D. Tulburări psihice.
E. Semne piramidale.

14. Însuşirea de a fi vesel şi comunicativ în cadrul tulburărilor de afectivitate, cauzate de tumoarea de lob frontal, se numeşte:
A. Euforie.
B. Jovialitate.
C. Euritmie.
D. Eutanasie.
E. Disforie.

15. Semnele pseudocerebeloase în tumorile de lob frontal sunt determinate de lezarea:
A. Circumvoluţiunii precentrale.
B. Structurilor profunde ale lobului frontal.
C. Arterei cerebrale medii.
D. Structurilor bazale ale lobului frontal.
E. Centrelor şi căilor fronto-ponto-cerebeloase.

16. Criza descrisă pentru prima dată de Foster, care constă în devierea conjugată a ochilor şi a capului de partea opusă tumorii de lob frontal, urmată de mişcarea de torsiune a corpului şi a membrelor, se numeşte criză:
A. Pseudocerebeloasă.
B. Epileptică majoră.
C. Adversivă.
D. Jacksoniană.
E. De tip absenţă.

17. Tulburarea limbajului de tip afazie motorie se întâlneşte în tumorile de:
A. Lob frontal.
B. Lob parietal.
C. Lob temporal.
D. Lob occipital.
E. Fosă craniană posterioară.

18. Dereglările de câmp vizual în tumorile de la baza lobului frontal cu compresiunea nervilor optici şi a chiasmei se manifestă sub formă de:
A. Hemianopsii omonime.
B. Hemianopsii heteronime.
C. Hemianopsii de tip cadran.
D. Scotom central.
E. Îngustare concentrică de câmp vizual.

19. Bolnavul cu tumoare de lob frontal deseori nu este conştient sau nu acuză tulburările ce ţin de:
A. Sfera piramidală.
B. Sfera extrapiramidală.
C. Criza adversivă.
D. Vorbire.
E. Funcţia olfactivă.

20. Criza jacksoniană în partea dreaptă a corpului, cauzată de tumoare de lob frontal, este însoțită de:
   A. Crize oculo-cefalogire.
   B. Semne extrapiramidale.
   C. Semnul de prehensiune.
   D. Dereglări de vorbire.
   E. Modificări ale acuității vizuale.

21. Nu sunt urmate de deficit motor crizele jacksoniene cauzate de:
   A. Hidrocefalia ocluzivă.
   B. Hidrocefalia comunicantă.
   C. Tumorile benigne de lob frontal.
   D. Tumorile maligne de lob frontal.
   E. Tumorile metastatice de lob occipital.

22. Indicați cea mai des întâlnită tulburare de sensibilitate în tumorile parietale:
   A. Parestezii în hemicorpul opus localizării tumorii.
   B. Hipoalgezie în partea opusă a corpului.
   C. Diminuarea simțului de vibrațiune în partea opusă localizării cerebrale a procesului neoplazic.
   D. Hiperestezie termică în mâna dependentă de inervația senzorială, afectată de tumoarea lobului parietal.
   E. Astereognozia.

23. Alegeți descrierea corectă a pseudomieliei, fenomen clinic întâlnit în tumorile de lob parietal:
   A. Senzații de furnicături, amorțeli, senzații de rece, arsură, înțepături, care cuprind hemicorpul opus sau parțial.
   B. Manifestare paroxistică de tulburare a schemei corporale.
   C. Bolnavul are senzația că o parte a corpului, a hemifeței sau un membru se măreşte brusc în volum sau, din contra, se micşorează.
   D. Bolnavul are senzația că ar exista un membru suplimentar sau o senzație cu caracter straniu, bizar.
   E. Bolnavul nu simte porțiunile hemicorpului opus tumorii.

24. Un important semn de localizare în tumorile parietale ale emisferei nedominante este:
   A. Afazia semantică.
   B. Agnozia digitală.
   C. Neglijarea unui hemispațiu.
   D. Apraxia ideotorie.
   E. Apraxia îmbrăcatului.

25. Tulburările vizuale în tumorile profunde de lob parietal sunt condiționate de:
   A. Lezarea fibrelor Gratiolet.
   B. Compresiunea nervilor optici.
   C. Compresiunea chiasmei optice.
   D. Lezarea integrității arterei cerebrale medii.
   E. Implicarea în procesul patologic a lobului cerebral occipital.

26. Agnoziile vizuale pot fi condiționate de tumorile:
   A. De lob frontal.
   B. Parietale posterioare.
   C. De lob temporal.
   D. De fosă craniană posterioară.
   E. Hipofizare și paraselare.

27. Modificările câmpului vizual, caracteristice pentru tumorile de lob temporal, se manifestă prin:
   A. Îngustare concentrică de câmp vizual.
   B. Hemianopsie heteronimă binazală.
   C. Hemianopsie heteronimă bitemporală.
   D. Hemianopsie laterală omonimă.
   E. Scotom central.

28. Lezarea inegală a fibrelor optice, corespondente cadranului inferior al retinei, pornite prin lobul temporal și care fac o buclă în jurul cornului temporal al ventriculului lateral, produce:
   A. Cecitate optică controlaterală.
   B. Cecitate optică homolaterală.
   C. Hemianopsie de tip cadran superior.
   D. Hemianopsie de tip cadran inferior.
   E. Scotom negativ.

29. Tulburările viscero-vegetative apar mai des în tumorile:
   A. Sistemului limbic.
   B. Lobului temporal stâng.
   C. Lobului temporal drept.
   D. De pol temporal care trec în lobul frontal.
   E. Prin extindere, din lobul temporal în cel parietal.

30. Simptomele tumorii de lob occipital sunt ipsilaterale atunci când:
   A. Tumoarea se extinde în lobul parietal vecin.
   B. Apare edemul cerebral malign.
   C. Apar dereglări vasculare.
   D. Se produce hernia temporală a creierului în fisura temporo-tentorială.
   E. Are loc angajarea bulbului rahidian în gaura mare occipitală.

31. Semiologia tumorii lobului occipital este dominată de:
   A. Tulburări de sensibilitate.
   B. Tulburări motorii.
   C. Tulburări vizuale.
   D. Apraxie.
   E. Dereglări oculomotorii.

32. Indicați cel mai important simptom al patologiei lobului occipital:
   A. Hemianopsia.
   B. Halucinațiile optice.
   C. Agnozia vizuală.
   D. Dereglările orientării spațiale.
   E. Alexia.

33. Care complicație a tumorii de lob occipital face dificilă sau imposibilă obiectivizarea hemianopsiei?
   A. Staza papilară şi atrofia optică.
   B. Lezarea formațiunilor legate fiziologic de funcțiile psihice.
   C. Lezarea fibrelor optice care fac o buclă în jurul cornului temporal al ventriculului lateral.
   D. Afectarea sistemului nervos periferic.
   E. Decolorarea jumătății nazale a papilei nervului optic.

34. Agnozia vizuală sau cecitatea psihică este o tulburare în care bolnavul:
   A. Nu poate aprecia distanța până la obiect sau cea dintre obiecte.
   B. Vede obiectele, dar nu le recunoaşte.
   C. Vede deformat un obiect, pe care îl percepe aievea.
   D. Vede distorsionat un obiect numai într-o parte a câmpului vizual.
   E. Are paroxisme de fenomene vizuale de tip simplu (fotopsii) sau complex (imagini, chipuri).

35. Tulburările de nervi cranieni în tumorile de lob occipital interesează mai ales:
   A. Nervul optic, prin leziunea limitată a zonei de conexiune a nervului cu cortexul, obiectivându-se prin scotoame hemianopsice.
   B. Nervul oculomotor printr-un mecanism de compresiune directă, pe care tumoarea o exercită asupra lui.
   C. Nervul vestibular, manifestându-se ca un vertij paroxistic.
   D. Nervul olfactiv prin compresiunea lui, manifestându-se prin anosmie sau hiposmie uni- sau bilaterală, de care bolnavul, deseori, nu este conştient sau nu le acuză.
   E. Nervul abducens, prin fenomenul de hipertensiune intracraniană, clinic manifestându-se prin strabism convergent uni- sau bilateral.

36. În tumorile de fosă craniană posterioară, cel mai des este lezat nervul cranian:
   A. Oculomotor (III).
   B. Patetic (IV).
   C. Oculomotor lateral (VI).
   D. Facial (VII).
   E. Glosofaringian (IX).

37. Care semn radiologic este un semn prețios în diagnosticul craniofaringioamelor?
   A. Dehiscența suturilor craniene.
   B. Prezența „impresiilor digitale".
   C. Depuneri de calcar deasupra şeii turceşti sau în şa.
   D. Şaua turcească se balonează, se umflă în mod caracteristic.
   E. Îngroşarea semnificativă a osului frontal.

38. Indicați originea cea mai frecventă a tumorilor metastatice cerebrale:
   A. Tumorile prostatei.
   B. Tumorile tractului gastrointestinal.
   C. Procesele neoplazice bronho-pulmonare.
   D. Cancerul mamar.
   E. Neoplasmele de suprarenale.

39. Cercetarea reflexului de triplă retracţie sau a reflexului de apărare în simptomatologia tumorii medulare ne ajută să:
   A. Suspectăm originea histologică a procesului neoplazic.
   B. Stabilim faza de evoluţie a tumorii.
   C. Alegem metoda de investigaţie complementară necesară pentru precizarea diagnosticului.
   D. Precizăm extinderea leziunii.
   E. Localizăm partea compresiunii medulare.

40. Aşa-numita disociaţie „proteino-celulară", depistată prin analiza lichidului cefalorahidian, apare în:
   A. Procese spinale cervicale de etiologie inflamatorie.
   B. Compresiune spinală dorso-lombară de origine traumatică.
   C. Mielite ascendente de origine bacteriană.
   D. Arahnoidită cerebrală bazală tuberculoasă.
   E. În procesele tumorale medulare.

41. Puncţia suboccipitală se efectuează în caz de:
   A. Bloc la nivele superioare.
   B. Determinare a unor metastaze multiple, osteoame, osteoblastoame etc.
   C. Identificare a tumorilor intramedulare.
   D. Evidenţiere a tumorilor vasculare ale sistemului nervos.
   E. Diferenţiere intraoperatorie între un astrocitom şi un ependimom.

42. Care este unica metodă raţională de tratament al tumorilor medulare, indiferent de natura lor?
   A. Radioterapia.
   B. Radiochirurgia.
   C. Extirparea chirurgicală.
   D. Chimioterapia.
   E. Plasmafereza.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Teoria polietiologică a cancerului presupune existenţa mai multor factori:
   A. Exogeni.
   B. Mutageni.
   C. Celulari.
   D. Endogeni.
   E. Virotici.

2. Selectaţi afirmaţiile corecte referitoare la generalităţile despre tumorile cerebrale şi medulare:
   A. Etiologia virală a lor, în prezent, a fost pe deplin demonstrată.
   B. Există stări precanceroase.
   C. Există factori cancerigeni.
   D. Tumorile pot apărea chiar şi la o vârstă destul de înaintată.
   E. Până în prezent nu s-a ajuns la un criteriu acceptat unanim în clasificarea tumorilor sistemului nervos.

3. Simptomatologia tumorilor intracraniene depinde de:
   A. Factorul de cancerogeneză.
   B. Vârsta bolnavului.
   C. Reacția sistemului imun.
   D. Localizarea lor.
   E. Natura lor.

4. Simptomele tumorilor intracraniene pot fi clasificate în:
   A. Simptome cauzate de creşterea presiunii intracraniene.
   B. Simptome legate de leziunea locală a creierului.
   C. Simptome determinate de modificarea metabolismului cerebral.
   D. Simptome motivate de creşterea producerii lichidului cefalorahidian.
   E. Simptomele condiționate de vârsta pacientului.

5. Simptomele de hipertensiune intracraniană sunt simptome de suferință generală şi se datoresc:
   A. Predispoziției ereditare de creştere în volum a sistemului ventricular cerebral.
   B. Procesului înlocuitor de spațiu.
   C. Tulburărilor circulatorii sanguine.
   D. Tulburărilor circulatorii lichidiene.
   E. Edemului cerebral peritumoral.

6. Acțiunea procesului expansiv intracranian este următoarea:
   A. Erodează oasele cutiei craniene.
   B. Stopează activitatea bioelectrică normală a creierului.
   C. Deteriorează bariera hematoencefalică.
   D. Comprimă şi deplasează formațiunile anatomice.
   E. Reduce treptat capacitatea craniană.

7. Indicați factorii care provoacă şi contribuie la creşterea stazei venoase cerebrale în cadrul proceselor expansive intracraniene:
   A. Comprimarea vaselor, inclusiv a venei Gallen.
   B. Deplasarea emisferei pe linia mediană produce un obstacol în resorbția lichidului cefalorahidian.
   C. Hipersecreția de lichid cefalorahidian.
   D. Comprimarea sinusului cerebral transvers.
   E. Apariția fistulei carotido-cavernoase.

8. Hidrocefalia în cadrul tumorilor intracraniene, localizate pe traiectul de scurgere a lichidului cefalorahidian (ventriculul 3, apeductul ventriculului 4), apare pe motiv de:
   A. Şuntare a fluxului de lichid cefalorahidian din sistemul ventricular în spațiul subarahnoidian.
   B. Inflamație aseptică a vilozităților arahnoidiene parasagitale.
   C. Acumulare excesivă de lichid cefalorahidian.
   D. Acțiune mecanică a procesului expansiv.
   E. Capacitate redusă de resorbție a lichidului cefalorahidian.

9. Prezența simptomelor de hipertensiune intracraniană în tumorile intracraniene este determinată în special de:
   A. Predispoziția genetică a bolnavului.
   B. Durata procesului neoplazic.

C. Localizarea procesului patologic.
D. Factorul mutagen din faza precanceroasă de evoluție a bolii.
E. Histologia procesului patologic.

10. În inervația durei mater rolul principal le revine nervilor:
A. Trigemen.
B. Facial.
C. Glosofaringian.
D. Vag.
E. Hipoglos.

11. Indicați structurile cerebrale isensibile (iritația lor nu provoacă dureri):
A. Foița superioară a durei mater.
B. Foița inferioară a durei mater.
C. Arahnoida.
D. Pia mater.
E. Substanța creierului propriu-zisă.

12. Alegeți caracteristicile corecte referitoare la cefaleea din cadrul hipertensiunii intracraniene determinate de o tumoare intracraniană:
A. Devine mai accentuată noaptea, după 2–3 ore de somn.
B. Tusea și eforturile fizice o exacerbează.
C. Poate să apară și să se intensifice la diferite mișcări și schimbări de poziție a capului.
D. Antinevralgicele uzuale au un efect trecător, de scurtă durată.
E. Apare odată cu apariția atrofiei optice.

13. Selectați manevrele care, în mod paliativ, fac să scadă durerile de cap în tumorile cerebrale:
A. Grețurile.
B. Vomismentele.
C. Deshidratarea medicamentoasă.
D. Drenarea unei cantități de lichid ventricular.
E. Extirparea completă a procesului expansiv.

14. Selectați expresiile corecte referitoare la grețuri și vomismente în cadrul sindromului de hipertensiune intracraniană, provocat de procesele expansive intracraniene:
A. Se produc fără efort, indiferent de alimentație.
B. Deseori, se întâlnesc în tumorile fosei craniene anterioare.
C. După puncția ventriculară cedează definitiv.
D. După deshidratare cedează temporar.
E. La copii pot fi însoțite de difuze dureri abdominale.

15. Indicați categoriile bolnavilor cu procese expansive intracraniene la care staza papilară lipsește sau este slab exprimată:
A. Sugari.
B. Copii mici.
C. Adolescenți.
D. Bătrâni.
E. Bolnavii cu procese expansive intracraniene cu evoluție lentă.

16. Indicați afirmațiile corecte referitoare la sindromul Foster-Kennedy:
   A. Se întâlneşte în tumorile treimii interne a aripii de sfenoid.
   B. E prezentă o stază papilară la un ochi şi atrofia optică primară cu scotom central la alt ochi.
   C. E prezentă o stază papilară bilaterală.
   D. E prezentă o atrofie optică secundară bilaterală.
   E. În evoluție se adaugă şi anosmia.

17. Selectați afirmațiile adevărate privitoare la atrofia optică secundară, poststază, din procesele expansive intracraniene:
   A. Este însoțită de o acuitate vizuală bună.
   B. Uneori, pacientul se plânge de obnubilarea trecătoare a vederii.
   C. Se instalează scăderea acuității vizuale, care poate conduce până la amauroză.
   D. Pierderea vederii după staza papilară este definitivă.
   E. Vederea revine treptat până la normal, dacă se practică operația radicală.

18. Tulburările psihice din hipertensiunea intracraniană în tumorile cerebrale se caracterizează inițial prin:
   A. Diminuarea globală a activității psihice.
   B. Scăderea memoriei.
   C. Dezorientare.
   D. Confuzie.
   E. Agresivitate.

19. Simptomele neurologice de focar:
   A. Nu au o specificare, fiind semne de suferință a întregului creier.
   B. Indică sediul tumorii.
   C. Sunt cauzate de iritația neuronală.
   D. Sunt cauzate de deficitul neuronal.
   E. Sunt însoțite de tulburări vasculare locale corespunzătoare compresiunii.

20. Simptomele neurologice de focar cu aceeaşi localizare la diferiți bolnavi variază în funcție de:
   A. Histologia tumorii.
   B. Evoluția tumorii.
   C. Vârsta bolnavului.
   D. Boala somatică concomitentă.
   E. Apartenența rasială a bolnavului.

21. Indicați semnele clinice care au importanță în diagnosticul tumorilor cerebrale la copil:
   A. *Laterocolis.*
   B. *Retrocolis.*
   C. Deviere în mers.
   D. Necoordonarea mâinilor.
   E. Necoordonarea picioarelor.

22. În localizarea diencefalohipofizară a tumorilor cerebrale la copii nu trebuie neglijat examenul:
   A. Echoencefalografic.
   B. Oftalmologic.

C. Otoneurologic.
D. Endocrin.
E. Oncologic.

23. Alegeți semnele piramidale posibile în manifestările clinice ale tumorii de lob frontal:
A. Hemipareză centrală din partea opusă tumorii.
B. Reflexul palmo-mentonier Marinsecu-Radovici.
C. Rigiditate musculară cu semnul roții dințate.
D. Akinezie.
E. Tremurături.

24. În glioamele maligne de lob frontal, deficitul motor:
A. Este minimal exprimat.
B. Apare mai precoce.
C. Este rapid.
D. Evoluează extensiv.
E. Are caracter definitiv.

25. Tulburările de schemă corporală în tumorile de lob parietal iau forma de:
A. Astereognozie.
B. Parestezii în hemicorpul opus tumorii.
C. Autotopoagnozie.
D. Anozognozie.
E. Pseudomielie.

26. Indicați caracteristicile tulburărilor motorii în semiologia tumorii de lob parietal:
A. Apar ca nişte semne de împrumut.
B. Se manifestă printr-o simplă exagerare de reflexe osteotendinoase.
C. Se manifestă prin pareză mimică de tip central.
D. Iau aspectul de atrofie musculară de partea paralizată.
E. Pot fi unica manifestare a suferinței timp îndelungat (5–15 ani).

27. În crizele senzitive cauzate de tumorile de lob parietal cel mai des sunt implicate:
A. Buza superioară.
B. Buza inferioară.
C. Fața.
D. Membrul superior.
E. Membrul inferior.

28. Pentru tumoarea parietală sunt caracteristice:
A. Alexia.
B. Amuzia.
C. Acalculia.
D. Ambliopia.
E. Agrafia.

29. Alexia din tumoarea parietală poate fi:
A. Literală.
B. Verbală.
C. Propozițională.
D. Expresivă.
E. Receptivă.

30. În tumorile de lob temporal au loc următoarele tulburări viscero-vegetative:
   A. Meteorism.
   B. Tulburări vasomotorii.
   C. Hipersudorație.
   D. Amenoree.
   E. Fatigabilitate patologică a muşchilor striați.

31. Alegeți caracteristicile corecte ale halucinațiilor ce apar în tumorile occipitale:
   A. Sunt de tip elementar: scânteieri, inele de foc, trasee colorate.
   B. Mai rar apar halucinații complexe animate.
   C. Bolnavul simte brusc miros şi gust neplăcut de carne arsă etc.
   D. Bolnavul se vede invadat parcă de secvențele unui film ce vine de undeva şi se impune a fi vizionat până la sfârşit.
   E. Bolnavul are crize senzitive, care se manifestă prin furnicături, amorțeli, senzație de rece, arsură, înțepături ce cuprind, în întregime sau parțial, un hemicorp.

32. Indicați particularitățile tumorii de fosă craniană posterioară, condiționată de caracterele spațiului respectiv şi de valoarea funcțională a formațiunilor anatomice pe care le adăposteşte:
   A. Spațiul existent este redus dimensional.
   B. Sistemul lichidian este blocat la nivelul apeductului Sylvius, ventriculului IV, cisternei magna sau al cisternelor pontocerebeloase şi determină hidrocefalia.
   C. Este implicat trunchiul cerebral, manifestându-se clinic prin afectarea nucleilor de origine sau a rădăcinilor nervilor cranieni în asociere cu semne motorii, senzitive şi cerebeloase.
   D. Se descriu mult mai puține tumori congenitale, comparativ cu alte fose craniene.
   E. Se produc hernii cerebrale interne, deseori cu prognostic fatal.

33. Sindromul clinic de fosă craniană posterioară la copii este compus din:
   A. Sindromul de hipertensiune intracraniană.
   B. Sindromul cerebelo-vestibular.
   C. Sindromul de trunchi cerebral.
   D. Sindromul vegetativ-endocrin-metabolic.
   E. Tulburări de vorbire sub forma unei simple afazii de tip senzorial.

34. Indicați semnele clinice din tumorile de fosă craniană posterioară, care grăbesc explorarea şi intervenția chirurgicală:
   A. Tulburările vegetative.
   B. Alterarea cunoştinței.
   C. Mersul ataxic cu baza lărgită.
   D. Scrisul denaturat.
   E. Sughițul persistent.

35. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la craniofaringioame:
   A. Proveniența lor se datorează unor resturi embrionare ale tijei pituitare.
   B. Apar, mai ales, la copii.
   C. Foarte des sunt chistice, cu depuneri de calcar în peretele chistului.
   D. Tumoarea este radiosensibilă.
   E. Înlăturarea tumorii pe cale operatorie este deosebit de dificilă.

36. Indicați metodele radiologice, cu folosirea mijloacelor de contrast, utilizate în diagnosticul tumorilor cerebrale:
A. Scintigrafia cerebrală.
B. Pneumoencefalografia.
C. Ventriculografia.
D. Electroencefalografia.
E. Angiografia cerebrală.

37. Care afirmații sunt corecte privind principiile de tratament al tumorilor intracraniene?
A. Intervenția chirurgicală este unica metodă de tratare a tumorilor intracraniene.
B. Uneori, atitudinea chirurgicală trebuie să se limiteze la intervenții paliative, care să rezolve doar hipertensiunea intracraniană.
C. Radioterapia are un efect considerabil în tumorile radiosensibile: meduloblastoame, epindimoame etc.
D. Chimioterapia citostatică a început să fie deja utilizată, dar efectele ei în materie de tumori cerebrale nici până în prezent nu sunt bine studiate.
E. Plasmafereza se aplică în tratamentul tumorilor intracraniene, eficiența ei bazându-se pe faptul că, odată cu îndepărtarea plasmei, se îndepărtează și anticorpii antitumorali existenți.

38. Indicați cele mai frecvente (după localizare) tumori medulare:
A. Extradurale.
B. Subdurale.
C. Extramedulare.
D. Intradurale.
E. Intramedulare.

39. Indicați fazele clinice de evoluție a unei tumori medulare:
A. Faza manifestărilor generale.
B. Faza manifestărilor locale.
C. Faza radiculară.
D. Faza de compresiune spinală parțială.
E. Faza de compresiune spinală totală.

40. Specificul clinic al tumorii medulare la copil este:
A. Debutul brusc (o lungă perioadă asimptomatică).
B. Evoluția ondulată cu perioade de ameliorare și agravare.
C. Prezența rigidității spinale dorso-lombare și cervicale.
D. Cifoscolioze asociate cu contractura mușchilor paravertebrali.
E. Absența modificărilor osoase radiologice.

41. Rezultatul operator al tumorilor medulare depinde de mai mulți factori:
A. Precocitatea diagnosticului.
B. Sediul tumorii.
C. Extinderea leziunilor anatomice.
D. Starea generală a bolnavului.
E. Sexul pacientului.

42. Metodele complementare de tratament al tumorilor medulare maligne sunt:
A. Perfuzia intravenoasă de celule stem.
B. Plasmafereza.

C. Radioterapia.
D. Radiochirurgia.
E. Chimioterapia.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați literele cu cifrele în conformitate cu clasificarea histologică a tumorilor sistemului nervos central, elaborată de experții OMS în 1993:

a. Tumori ale țesutului neuroepitelial.
b. Tumori ale nervilor cranieni şi spinali.
c. Tumori ale meningelui.

1. Tumori astrocitare.
2. Tumori oligodendrogliale.
3. Tumori ependimare.
4. Glioame mixte.
5. Tumori ale plexului coroid.
6. Tumori neuroepiteliale cu origine incertă.
7. Tumori neuronale şi neurono-gliale.
8. Tumori ale parenchimului pineal.
9. Tumori embrionare.
10. Scwanom (neurinom, neurilemom).
11. Neurofibrom.
12. Tumoră malignă a tecii nervului periferic (sarcom neurogenic, neurofibrom anaplazic, scwanom malign).
13. Tumori ale celulelor meningoteliale.
14. Tumori mezenchimale nonmeningoteliale.
15. Leziuni melanocitare primare.
16. Tumori cu histogeneză incertă.

2. Asociați literele cu cifrele în conformitate cu clasificarea histologică a tumorilor sistemului nervos central, elaborată de experții OMS în 1993:

a. Tumori cu celule germinale.
b. Chisturi şi leziuni cu aspect tumoral.
c. Tumori ale regiunii selare.
d. Extinderea locală a unor tumori regionale.

1. Germinom.
2. Carcinom embrionar.
3. Tumoră de sac Yolk (tumoră de sinus endodermal).
4. Coriocarcinom.
5. Teratom.
6. Tumori cu celule germinale mixte.
7. Chist al pungii Rathke.
8. Chist epidermoid.
9. Chist dermoid.
10. Chist coloid al ventriculului III etc.
11. Adenom hipofizar.
12. Carcinom hipofizar.
13. Craniofaringiom.
14. Paragangliom (chemodectom).
15. Chordom.
16. Chondrom.
17. Carcinom.

3. Asociați simptomele și semnele cu sindroamele întâlnite în cadrul tumorilor intracraniene:

Sindromul:
a. Tulburări psihice.
b. Forma pseudomeningiană a hipertensiunii intracraniene.

Simptomele și semnele:
1. Redoarea cefei.
2. Diminuarea globală a activității psihice.
3. Scăderea memoriei.
4. Dezorientare.
5. Semnul Kernig.
6. Semnul Brudzinski.
7. Confuzie.
8. Apatie.
9. Somnolență.
10. Stupoare.

4. Asociați cifrele cu literele:

a. Gliom situat supratentorial.
b. Gliom profund, situat în peretele ventricular.
c. Epilepsie jacksoniană.

1. Pacientul este conștient de criza epileptică.
2. Accese de pierdere a cunoștinței fără convulsii.
3. Acces epileptic generalizat.

5. Asociați cifrele cu literele în cadrul tulburărilor de activitate și intelectuale în tumorile de lob frontal:

a. Tulburările de activitate.
b. Tulburările intelectuale.

1. Diminuarea inițiativei.
2. Dereglări de memorie.
3. Micșorarea atenției.
4. Slăbirea capacităților de judecată.
5. Diminuarea actelor voliționale.
6. Sindrom apatico-akinetico-abulic.
7. Dereglări de raționament.
8. Scăderea capacității de muncă.
9. Scăderea interesului pentru mediul social.
10. Dereglări de orientare.
11. Reducerea autocriticii.
12. Scăderea funcțiilor superioare de sinteză.

6. Asociați semiologia clinică de focar cu tumorile cu localizare frontală și parietală:

Localizarea tumorii:
a. Lob frontal.
b. Lob parietal.

Semiologia clinică:
1. Tulburări psihico-intelectuale.
2. Tulburări de sensibilitate.
3. Semne piramidale.
4. Astereognozia.
5. Semne extrapiramidale.
6. Semne pseudocerebeloase.
7. Tulburări de schemă corporală.
8. Crize senzitive.
9. Tulburări olfactive.
10. Tulburări sfincteriene.

7. Desemnaţi simptomele de focar „proprii" şi „de împrumut" ale tumorii de lob temporal:

a. Simptome „proprii".
b. Simptome „de împrumut".

1. Surditate verbală (afazie senzorială).
2. Tulburări motorii.
3. Tulburări de sensibilitate.
4. Tulburări de vedere.
5. Epilepsie temporală.
6. Tulburări psihice.
7. Tulburări viscero-vegetative.
8. Apraxie.

8. Asociaţi cifrele cu literele:

a. Tumorile medulare cervicale inferioare.
b. Tumorile medulare lombare superioare.

1. Durerile iradiază în membrele superioare.
2. Durerile iradiază în membrele inferioare.
3. Parapareză spastică.
4. Tulburări de sensibilitate ce corespund dermatoamelor lombare.
5. Tulburări paralitice şi atrofice de tip Duchenne-Erb şi Dejerine-Klumpke.
6. Senzaţia unei constricţii „ca în corset".
7. Reflexele rotuliene pot fi exagerate sau diminuate.
8. Tulburări de sensibilitate, a căror limită superioară corespunde unor dermatoame toracale.

## IV. RELAŢIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi există o relaţie cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmaţii sunt adevărate şi nu există o relaţie cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmaţie este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmaţie este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmaţii sunt false.

1. Hipertensiunea intracraniană este foarte uşor exprimată în tumorile intracraniene cu evoluţie mai rapidă (glioame maligne, metastaze), pe când în procesele expansive intracraniene benigne ea este deosebit de intensă.

2. Cu cât procesele expansive intracraniene sunt situate mai aproape de circumvoluţiunea rolandică, cu atât ele se manifestă mai repede prin epilepsie.

3. Calea acustică are o reprezentare corticală bilaterală. Din această cauză, surditatea de tip central se întâmplă rar de tot.

4. Rezultatele postoperatorii în tratamentul tumorilor medulare sunt mai bune, dacă se foloseşte tehnică şi instrumentar speciale de microneurochirurgie.

# RĂSPUNSURI

**I.**

1. A, p. 357.
2. B, p. 357.
3. C, p. 357.
4. D, p. 357.
5. E, p. 357.
6. C, p. 358.
7. A, p. 358.
8. C, p. 358.
9. E, p. 359.
10. D, p. 359.
11. B, p. 359.
12. A, p. 360.
13. D, p. 360.
14. B, p. 360.
15. E, p. 361.
16. C, p. 361.
17. A, p. 361.
18. B, p. 361.
19. E, p. 361.
20. D, p. 361.
21. C, p. 362.
22. E, p. 363.
23. D, p. 363.
24. E, p. 364.
25. A, p. 364.
26. B, p. 364.
27. D, p. 365.
28. C, p. 366.
29. A, p. 367.
30. D, p. 367.
31. C, p. 367.
32. A, p. 367.
33. A, p. 367.
34. B, p. 368.
35. B, p. 368.
36. C, p. 371.
37. C, p. 372.
38. C, p. 373.
39. D, p. 377.
40. E, p. 380.
41. A, p. 381.
42. C, p. 382.

**II.**

1. A, D, E, p. 355.
2. B, C, D, E, p. 355.
3. B, D, E, p. 357.
4. A, B, p. 357.
5. B, C, D, E, p. 357.
6. D, E, p. 357.
7. A, B, C, p. 357.
8. C, D, p. 357.
9. C, E, p. 357.
10. A, D, p. 358.
11. C, D, E, p. 358.
12. A, B, C, D, p. 358.
13. B, C, D, p. 358.
14. A, D, E, p. 358.
15. A, B, D, E, p. 358.
16. A, B, E, p. 358.
17. C, D, p. 358.
18. A, B, C, D, p. 358–359.
19. B, C, D, E, p. 359.
20. A, B, C, p. 359.
21. A, C, D, p. 360.
22. B, D, p. 360.
23. A, B, p. 360.
24. B, C, D, E, p. 362.
25. C, D, E, p. 363.
26. A, B, C, D, p. 363.
27. C, D, p. 363.
28. A, C, E, p. 364.
29. A, B, C, p. 364.
30. A, B, C, D, p. 367.
31. A, B, p. 367.
32. A, B, C, E, p. 369.
33. A, B, C, D, p. 369.
34. A, B, E, p. 372.
35. A, B, C, E, p. 372.
36. B, C, E, p. 374.
37. A, B, C, D, p. 374.
38. C, D, p. 375.
39. C, D, E, p. 376.
40. A, B, C, D, p. 380.
41. A, B, C, D, p. 383.
42. C, D, E, p. 383.

**III.**

1.
a. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, p. 355–356.
b. 10, 11, 12, p. 356.
c. 13, 14, 15, 16, p.356.

2.
a. 1, 2, 3, 4, 5, 6, p. 356.
b. 7, 8, 9, 10, p. 356.
c. 11, 12, 13, p. 356.
d. 14, 15, 16, 17, p. 356.

3.
a. 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, p. 358–359.
b. 1, 5, 6, p. 359.

4.
a. 3.
b. 2.
c. 1, p. 359.

5.
a. 1, 5, 6, 8, 9
b. 2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, p. 360.

6.
a. 1, 3, 5, 6, 9, 10, p. 360–361.
b. 2, 4, 7, 8, p. 363.

7.
a. 1, 4, 5, 6, 7.
b. 2, 3, 8, p. 365.

8.
a. 1, 5, 6, 8.
b. 2, 3, 4, 7, p. 379.

**IV.**

1. E, p. 357.
2. A, p. 359.
3. A, p. 366.
4. A, p. 383.

# 18. TRAUMATISMELE CRANIOCEREBRALE (TCC) ŞI VERTEBROMEDULARE (TVM)

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Alegeţi descrierea corectă a teoriei mecanice (N. Pirogov) din patogeneza traumatismelor craniocerebrale.
   A. Factorul mecanic conduce la acţiunea locală asupra creierului în formă de contuzie, hemoragie. Forţa mecanică poate dezvolta schimbări patomorfologice atât în partea opusă aplicării forţei mecanice, cât şi în trunchiul cerebral.
   B. În momentul acţiunii factorului mecanic asupra craniului în ventriculele craniene se formează valuri de lichid cefalorahidian, care se lovesc de pereţii ventriculelor şi conduc la dezvoltarea în ependimul pereţilor ventriculelor a multiplelor microhemoragii, la formarea ventriculitelor hemoragice.
   C. În urma traumatismelor craniocerebrale apare un spasm vascular mai mult sau mai puţin pronunţat, în funcţie de gravitatea traumatismelor, care dezvoltă în sistemul nervos central dereglări circulatorii şi neurodinamice.
   D. În momentul acţiunii factorului mecanic asupra craniului, creierul face aşa-numita „rotaţie" în jurul piciorușului său (trunchiului cerebral). Astfel se provoacă o distrucţie mecanică a ţesutului creierului de către formaţiunile osoase de pe partea inferioară a craniului.
   E. Traumatismele craniocerebrale sunt asemenea unui excitant extraordinar, care provoacă în organism o stare de încordare – stresul, în perioada acută apar dereglări neuroendocrine, care duc la asimilarea în sânge a substanţelor semioxidate, ca rezultat al tuturor tipurilor de metabolisme.

2. Diagnosticul exact al fracturilor oaselor craniului se face pe baza:
   A. Manifestărilor clinice.
   B. Datelor anamnestice.
   C. Examenului fundului de ochi.
   D. Echoencefalografiei.
   E. Radiografiilor.

3. Exoftalmia pulsatilă în cazul fracturii bazei craniului în fosa craniană mijlocie poate să se dezvolte în urma:
   A. Contuziei globului ocular.
   B. Traumatizării muşchilor externi ai globului ocular.
   C. Inflamaţiei aseptice a sinusului cavernos.
   D. Dereglărilor endocrine acute.
   E. Unei fistule carotido-cavernoase.

4. În cazul perturbărilor vegetative din contuzia cerebrală gravă, cel mai favorabil element de prognostic este:
   A. Polipneea.
   B. Tahicardia.
   C. Hipertermia de tip central.
   D. Echilibrarea rapidă a funcţiei respiratorii.
   E. Accesele hipertensive.

5. Indicați cel mai grav sindrom traumatic craniocerebral:
   A. Amnezia lacunară.
   B. Agitația psihomotorie.
   C. Contuzia cerebrală gravă cu suferință dominantă de trunchi cerebral.
   D. Contuzia cerebrală gravă, difuză, fără leziuni dominante în trunchiul cerebral.
   E. Sindromul postcomoțional.

6. Cea mai frecventă şi mai caracteristică modificare a motilității oculare intrinsece în contuzia cerebrală gravă cu suferință dominată de trunchi cerebral este:
   A. Mişcarea pendulară a globului ocular.
   B. Midriaza fixă bilaterală.
   C. Deviația conjugată a ochilor.
   D. Mioza unilaterală.
   E. Nistagmusul spontan orizontal sau vertical.

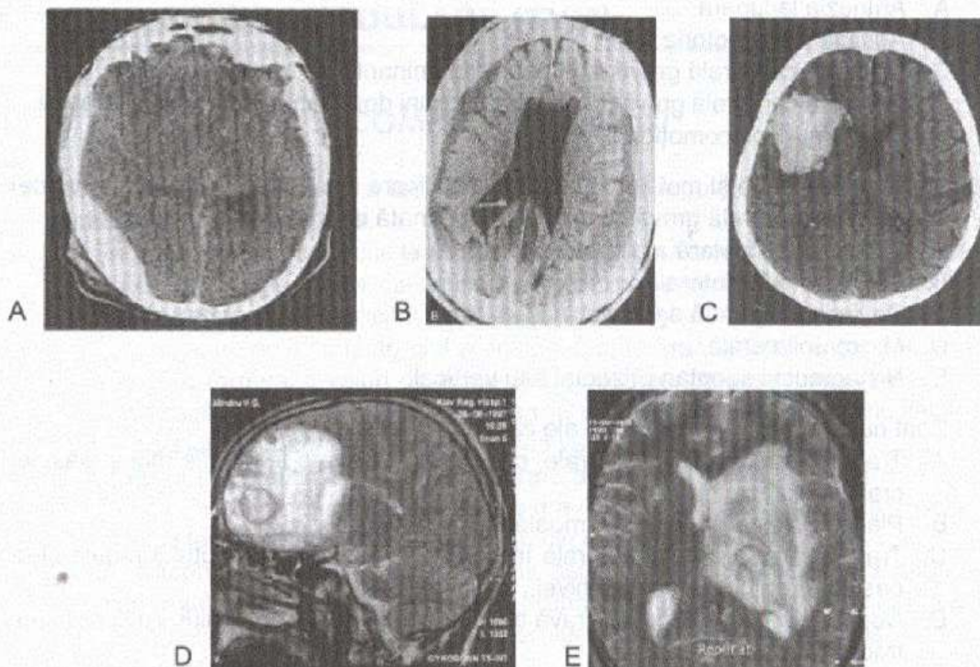
7. Sunt numite plăgi nepenetrante ale capului:
   A. Traumatismele craniocerebrale, când nu sunt lezate țesuturile moi şi oasele craniului la acelaşi nivel.
   B. Plăgile cu lezarea țesutului moale al craniului.
   C. Traumatismele craniocerebrale în care are loc lezarea țesutului moale şi a oaselor craniului la acelaşi nivel.
   D. Contuzia cerebrală medie gravă asociată cu plăgi ale scalpului, cu fisură sau fractură craniană.
   E. Traumatismele craniocerebrale, când se formează un canal direct de pătrundere în cavitatea craniană a infecției din mediul exterior.

8. Indicați spațiul în care se dezvoltă hematoamele epidurale:
   A. În țesuturile moi ale craniului.
   B. Între țesuturile moi şi oasele craniului.
   C. Între endocraniu şi dura mater.
   D. Între dura mater şi învelişul păienjenos.
   E. Între învelişul păienjenos şi cel moale al creierului.

9. Volumul hematomului epidural variază, în mod obişnuit, între:
   A. 10–20 ml.
   B. 20–30 ml.
   C. 30–40 ml.
   D. 50–100 ml.
   E. Peste 100 ml.

10. Intervalul liber în formele tipice ale hematomului extradural (epidural) este de:
   A. 1–2 ore.
   B. 3–4 ore.
   C. 5–10 ore.
   D. 12–24 ore.
   E. 36–48 ore.

11. Alegeți imaginea CT caracteristică unui hematom epidural:




12. Sursa inițială de sângerare în hematoamele subdurale tardive (încapsulate) este:
   A. Artera meningiană mijlocie sau una dintre ramurile ei.
   B. O venă ce drenează într-un sinus dural capabil să poarte semnele sinusurilor sagital, lateral, sfenoparietal sau pietros superior.
   C. Sistemul de lacune diploice.
   D. O venă emisară a sinusului longitudinal superior în regiunea frontotemporală.
   E. Artera cerebrală medie sau una dintre ramurile ei.

13. Localizarea preferențială a hematoamelor subdurale încapsulate este:
   A. Frontotemporală.
   B. Frontală.
   C. Temporală.
   D. Occipitală.
   E. Bazală.

14. Indicați entitatea nozologică de origine traumatică întâlnită în mod excepțional (extrem de rar) la copiii mici:
   A. Fractura craniană liniară.
   B. Hematomul epidural.
   C. Comoția cerebrală.
   D. Contuzia cerebrală medie.
   E. Contuzia cerebrală gravă.

15. Baza fiziopatologică a tulburărilor funcționale în nevroza craniotraumatică (sindromul postcontuzional) este:
   A. Acțiunea factorului mecanic care conduce la contuzie și hemoragie.

B. Dezvoltarea multiplelor focare de dilacerare care generează o activitate bioelectrică confluentă patologică.
C. Dereglarea circulației lichidului cefalorahidian ce conduce la majorarea tensiunii intracraniene.
D. Apariția, sub acțiunea factorului traumatic, a unei stări de încordare – stresul.
E. O tulburare a corelațiilor cortico-subcorticale.

16. Atrofia corticală, ca sindrom posttraumatic tardiv, se manifestă în primul rând prin:
A. Crize epileptice generalizate sau focale.
B. Tulburări de comportament.
C. Ataxie.
D. Dereglări de continență a urinei şi scaunului.
E. Modificări cognitive-mnezice (demență).

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Traumatismul craniocerebral devine din ce în ce mai actual şi cu pondere mai mare în patologia neurochirurgicală, odată cu:
A. Dezvoltarea tehnologiilor de neurodiagnostic.
B. Creşterea exagerată a traficului rutier.
C. Dezvoltarea industrială.
D. Ridicarea nivelului intelectual al societății.
E. Apariția unor focare de război.

2. În cadrul mecanismelor de traumatizare prin impact direct asupra scalpului şi oaselor craniene acționează fenomenele de:
A. Accelerație.
B. Rotație.
C. Decelerație sau de frânare.
D. Precipitație.
E. Compresiune bilaterală.

3. Clasificarea traumatismelor craniocerebrale se face după următoarele criterii:
A. Etiologic.
B. Patogenetic.
C. Anatomic.
D. Evolutiv.
E. Clinic.

4. *Fracturile bolții craniului fără înfundare pot avea forma unor fisuri:*
A. Liniare.
B. Arcuate.
C. Stelare.
D. În zigzag.
E. Spiralate.

5. Hemoragiile în țesuturile moi ale capului se manifestă prin:
A. Echimoză şi edem palpebral.
B. Hematom subtemporal.
C. Echimoză în regiunea mastoidiană.

D. Otoragii şi epistaxis.
E. Scurgere de lichid cefalorahidian (otoree, rinoree).

6. În fracturile bazei craniului cel mai des sunt lezaţi nervii:
A. Olfactiv.
B. Optic.
C. Acusticovestibular.
D. Facial.
E. Hipoglos.

7. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la comoţia cerebrală:
A. Se manifestă clinic printr-o scurtă abolire a stării de conştienţă – de la câteva secunde până la 30 de minute.
B. Nu are substrat lezional.
C. Se datorează unor tulburări funcţionale, care constau dintr-o abruptă depolarizare a membranei neuronilor din formaţiunea reticulată a trunchiului cerebral.
D. Pacientul îşi revine complet.
E. După revenirea conştienţei, pacientul are un deficit neurologic constant şi pronunţat.

8. În timpul intervalului liber al hematomului epidural pot fi observate următoarele evenimente clinice:
A. Pacientul acuză cefalee spontană, care se intensifică sub presiune în locul traumatismului (de obicei, în regiunea temporală).
B. Pacientul doarme strâns şi din ce în ce mai greu poate fi trezit.
C. Alteori, la sfârşitul intervalului liber are loc pierderea rapidă a cunoştinţei.
D. Se produce o hemiplegie, afazie sau apar crize convulsive.
E. Mioza unilaterală marcată apare de aceeaşi parte cu leziunea.

9. Indicaţi tulburările vegetative observate în perioada de apogeu a hematomului epidural:
A. Puls tahicardic.
B. Respiraţie rărită sau profundă şi stertoroasă.
C. Hipertermie.
D. Hipertensiune arterială.
E. Midriază homolaterală cu leziunea.

10. Indicaţi metodele paraclinice de elecţie în diagnosticul hematomului epidural:
A. Tomografia computerizată.
B. Rezonanţa magnetică.
C. Echoencefaloscopia.
D. Angiografia.
E. Ultrasonografia transcraniană Doppler.

11. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la hematoamele subdurale.
A. Sunt revărsate sanguine care iau naştere şi se dezvoltă în spaţiul dintre endocraniu şi dura mater.
B. Au o evoluţie progresivă şi un efect compresiv asupra creierului.
C. Sunt clasificate în acute, subacute şi cronice.
D. Sursa de sângerare este o venă ce drenează într-un sinus dural.
E. Volumul variază în medie între 50 şi 100 ml. Hematoamele gigante pot atinge volumul de 300 ml.

12. Indicați etapele evolutive ale hematomului subdural recent de tip acut:
   A. Traumatism craniocerebral inițial cu alterarea imediată a stării de conştiență, de la pierderea simplă până la alterarea sa profundă.
   B. Interval remisiv, de regulă scurt (câteva ore, rar zile), care poate fi bine evidențiat.
   C. Alterarea stării de conştiență şi a funcțiilor vegetative are loc brusc, prin evoluție rapidă.
   D. Bolnavul devine comatos şi starea lui se agravează continuu.
   E. Însănătoşirea pacientului, de regulă, are loc lent, fără intervenție chirurgicală, pe fondal de tratament conservator resorbtiv.

13. Marcați manifestările clinice ale hematomului subdural tip acut:
   A. Perturbarea funcțiilor vegetative este deosebit de gravă şi se reduce la: tahicardie, respirație Cheyne-Stockes, hipertermie, alterare treptată a reflexelor oculopalpebral, fotomotor, cornean, de clipire şi de deglutiție.
   B. Se remarcă un deficit motor de tip hemiplegie, însoțit de midriază, fenomene de compresiune cerebrală.
   C. Mutism akinetic.
   D. Suferința marcată a trunchiului cerebral cu alterare profundă a stării de conştiență.
   E. Crize de rigiditate prin decerebrare şi midriază fixă bilaterală.

14. Desemnați schema evolutivă clasică a hematomului subdural tip subacut:
   A. Traumatism craniocerebral cu alterarea imediată şi profundă a stării de conştiență.
   B. Interval liber inaparent sau reprezentat de ameliorarea stării de conştiență.
   C. Agravare în decurs de câteva ore cu manifestări clinice de suferință a trunchiului cerebral (tulburări respiratorii, hipertermie, midriază fixă bilaterală, areflexie oculopalpebrală, absența deglutiției, crize de rigiditate prin decerebrare).
   D. Simptomul Sedan pozitiv – la citire apare strabismul divergent, adică se dereglează convergența şi apare o diplopie.
   E. Simptomul Mann – la mişcarea globilor oculari apar senzații neplăcute asemănătoare cu dereglările vestibulare. În acelaşi timp, apare durerea în globii oculari.

15. După încapsulare, volumul hematomului cronic subdural de obicei creşte, fapt explicat prin:
   A. Prezența unui gradient de presiune osmotică între conținutul hematomului şi al lichidului cefalorahidian din spațiile subdurale.
   B. Conținutul de cheaguri al hematomului se lichefiază treptat, devenind fluid în final.
   C. Sângerări ulterioare din vasele de neoformație ale capsulei parietale a hematomului.
   D. Sângerări ulterioare din vena emisară a sinusului longitudinal superior în regiunea frontotemporală.
   E. Formarea unei fistule între spațiile de circulație fiziologică a lichidului cefalorahidian şi spațiul delimitat al hematomului.

16. Schema clinică a hematomului subdural încapsulat este următoarea:
  A. Traumatismul craniocerebral minim (comoție cerebrală) sau mediu (contuzie cerebrală minoră).
  B. Interval remisiv, care poate fi complet asimptomatic sau oligosimptomatic, manifestându-se prin cefalee, astenie, bradipsihie.
  C. Perioada manifestă în care sunt prezente semne de hipertensiune intracraniană (cefalee predominantă de partea hematomului, vărsături, tulburări de echilibru, uneori edem palpebral), semne de iritație meningiană, semne neurologice de localizare.
  D. Un timp, bolnavul acuză doar cefalee (tip hemicranie) cu vărsături, apoi apar și celelalte fenomene neurologice.
  E. În pofida creșterii volumului hematomului, alterări de conștiență nu au loc.

17. Sindromul de angajare temporală în hematomul cronic subdural încapsulat se manifestă prin:
  A. Acces epileptic tonico-clonic generalizat, cu tendință spre instalarea stării de rău epileptic.
  B. Alterare profundă a stării de conștiență.
  C. Tulburări vegetative (tahicardie, tulburări respiratorii, hipertermie, modificări ale reflexelor oculopalpebrale și de deglutiție).
  D. Tulburări neurologice (hemipareză ipsilaterală, accentuarea midriazei ipsilaterale).
  E. În ultima fază apar crize de rigiditate prin decerebrare cu pupile midriatice bilaterale fixe, tulburări respiratorii și de deglutiție.

18. Clinic, hematomul cronic subdural încapsulat de fosă craniană posterioară are următoarea evoluție:
  A. Impact occipital.
  B. Interval liber de câteva săptămâni.
  C. Agravare, ce constă din cefalee intensă, vărsături, edem papilar, tulburări de echilibru, redoare a cefei și fenomene de suferință acută prin compresiunea trunchiului cerebral (tulburări de respirație, fonație, deglutiție).
  D. Se alătură efecte secundare traumatice: revărsate sanguine intracerebrale sau meningite seroase.
  E. După recăpătarea cunoștinței, pacientul își revine complet, fără repercusiuni ori subsecvențe imediate sau tardive.

19. Din punct de vedere clinic, nevroza craniotraumatică (sindromul postcontuzional) se caracterizează prin:
  A. Cefalee.
  B. Amețeală.
  C. Hipersomnie.
  D. Tulburarea funcțiilor intelectuale.
  E. Dereglări emoționale.

20. Cicatricea meningocerebrală, ca sindrom posttraumatic tardiv, se compune din elemente:
  A. Vasculare.
  B. Endoteliale.
  C. Mezenchimale.

D. Gliale.
E. Neuronale.

21. Arahnoiditele posttraumatice pot fi:
A. Miliare.
B. Circumscrise.
C. Difuze.
D. Chistice.
E. Adezive.

22. Examenul radiologic simplu în traumatismele craniocerebrale stabileşte:
A. Existenţa hematoamelor intracraniene.
B. Existenţa fracturilor osoase.
C. Localizarea precisă a fracturilor osoase.
D. Caracterul fracturii osoase.
E. Configuraţia sistemului ventricular cerebral.

23. Arteriografia are o deosebită însemnătate pentru:
A. Hematomul intracranian (în incidenţa anteroposterioară se constată o îndepărtare considerabilă a vaselor cerebrale faţă de oasele craniene).
B. Anevrismul posttraumatic.
C. Atrofia corticală posttraumatică.
D. Encefalopatia posttraumatică.
E. Stările preblastomatoase de origine traumatică.

24. Indicaţi metodele de investigaţie paraclinică utilizate în examinarea pacientului cu traumatism craniocerebral:
A. Radiografia simplă.
B. Potenţiale evocate motorii.
C. Ecoencefalografia.
D. Tomografia axială computerizată.
E. Rezonanţa magnetică nucleară.

25. În timpul examinării bolnavului traumatizat, medicul trebuie să cerceteze:
A. Geneza leziunilor locale ale plăgilor.
B. Starea de conştienţă.
C. Funcţiile vitale.
D. Simptomele neurologice.
E. Starea fundului de ochi.

26. Obiectivele primordiale ale terapiei intensive sunt următoarele:
A. Controlul perturbărilor respiratorii.
B. Tratamentul edemului cerebral.
C. Deşocarea şi reanimarea.
D. Administrarea cu precauţie a sedativelor şi neurolepticelor.
E. Asigurarea unei ventilaţii optime.

27. În traumatismele vertebromedulare, cel mai des sunt lezate:
A. Vertebra a II-a cervicală.
B. Vertebra a IV-a cervicală.
C. Vertebra a VI-a a coloanei cervicale.

D. Vertebra a XII-a a coloanei toracice.
E. Prima vertebră a coloanei lombare.

28. După aspectul radiografic, fracturile de coloană vertebrală pot fi clasificate astfel:
A. Fisuri.
B. Fracturi cu sau fără deplasare.
C. Fracturi estompate.
D. Fracturi cu detaşarea marginii dorsale sau anterioare a corpului vertebral.
E. Fracturi cu luxaţia apofizelor articulare.

29. Sindroame neurologice vertebromedulare posttraumatice sunt:
A. Traumatizarea vertebrală fără implicarea măduvei spinării.
B. Comoţia medulară.
C. Contuzia medulară.
D. Compresiunea medulară.
E. Dilacerarea medulară.

30. Alegeţi metodele complementare de diagnostic al traumatismelor vertebromedulare, care oferă informaţie completă despre starea morfologică şi funcţională a măduvei spinării, precum şi a coloanei vertebrale.
A. Radiografia simplă în incidenţă anterioară şi de profil.
B. Endoscopia spaţiului medular subarahnoidian.
C. Tomografia computerizată.
D. Rezonanţa magnetică nucleară.
E. Electromiografia.

31. Măsurile terapeutice în traumatismele vertebromedulare includ:
A. Modul de transportare a bolnavului şi tratamentul antişoc.
B. Examenul radiologic şi de laborator.
C. Tratamentul operator (spondilodeză, corporodeză).
D. Imobilizare.
E. Tratamentul şi prevenirea escarelor.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociaţi tipurile de contuzie cerebrală cu manifestările lor:

Contuzia cerebrală:
a. Uşoară.
b. Medie.
c. Gravă.

Manifestările:
1. Abolirea conştienţei de la câteva ore până la câteva săptămâni.
2. Alterarea stării de conştienţă (comă) cu durata mai mică de 1 oră.
3. Abolirea stării de conştienţă cu durata de mai multe ore sau zile.
4. Semnele neurologice lipsesc sau sunt discrete.
5. Tulburările tonigene şi posturale sunt foarte variate şi cuprinse între cele două extreme – de hipotonie generalizată şi de rigiditate prin decorticare.
6. Cefaleea este constantă şi pronunţată.

2. Asociați afirmațiile referitoare la higromul subdural şi cele referitoare la hematomul intracerebral:

a. Higromul subdural.
b. Hematomul intracerebral.

1. Prezintă o acumulare de sânge în țesutul cerebral.
2. Este o colecție circumscrisă de lichid cefalorahidian într-o zonă din spațiul subdural.
3. Nu există un acord terminologic unanim privind acest proces patologic.
4. Poate fi cu sau fără erupere în sistemul ventricular.
5. Tabloul clinic şi evoluția corespund hematomului subdural.
6. De obicei, starea generală este foarte gravă, până la comă.
7. Uneori, în caz de dimensiuni mici, se recurge la tratament conservator.
8. În toate cazurile, tratamentul este chirurgical, de urgență.

3. Asociați cifrele cu literele:

a. Fongusul cerebral.
b. Abcesul cerebral.

1. Constituie o hernie a substanței cerebrale prin orificiul produs de traumatism.
2. Se produce prin pătrunderea corpilor străini în substanța cerebrală.
3. Poate fi precoce şi tardiv.
4. Un anumit rol în apariția lui îl joacă atât factorul infecțios, cât şi hipertensiunea intracraniană.
5. Apare, mai ales, în urma traumatismelor craniocerebrale deschise, tratate în mod inadecvat.

4. Atribuiți semnele clinice nivelului de compresiune medulară traumatică:

a. Regiunea toracică superioară.
b. Conul medular „coadă de cal".

1. Parapareză cu hipotonie.
2. Abolire de reflexe.
3. Atrofie musculară.
4. Tulburări sfincteriene accentuate.
5. Tulburări trofice intense.
6. Dureri intercostale.
7. Tulburări de sensibilitate, a căror limită superioară corespunde unor dermatoame toracice.
8. Tulburări vasomotorii, de sudorație şi pilomotorii.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Deosebirile sindromale dintre sindroamele de compresiune cerebrală traumatică şi netraumatică se datorează, în special, faptului că efectul compresiv al leziunilor traumatice se exercită asupra unui creier deja lezat, în timp ce leziunile tumorale, parazitare, vasculare comprimă un creier ce pare a fi în rest nevătămat.

2. Hematomul epidural atinge foarte repede un volum maxim datorită faptului că în majoritatea cazurilor, direct sau prin distorsiune, este delacerată artera meningiană medie, ce produce un jet arterial cu o presiune suficientă pentru a învinge rezistența aderenței durei mater la endocraniu.

3. Schema tabloului şi a evoluției clinice a higromului subdural diferă fundamental de cea a hematoamelor subdurale, ceea ce explică, în mare măsură, uşurința unui diagnostic diferențial pe baze pur clinice.

# RĂSPUNSURI

**I.**

1. A, p. 384.
2. E, p. 386.
3. E, p. 386.
4. D, p. 389.
5. C, p. 389.
6. B, p. 390.
7. D, p. 390.
8. C, p. 391.
9. D, p. 391.
10. D, p. 391.
11. A, p. 392.
12. D, p. 393.
13. A, p. 393.
14. B, p. 397.
15. E, p. 397.
16. A, p. 398.

**II.**

1. B, C, E, p. 384.
2. A, C, E, p. 384.
3. C, D, E, p. 385.
4. A, B, C, p. 386.
5. A, B, C, D, p. 386.
6. A, B, C, D, p. 386.
7. A, B, C, D, p. 387.
8. A, B, C, D, p. 391.
9. B, C, D, E, p. 391.
10. A, B, p. 391.
11. B, C, D, E, p. 391–392.
12. A, B, C, D, p. 392.
13. A, B, D, E, p. 392.
14. A, B, C, p. 392–393.
15. A, C, p. 393.
16. A, B, C, D, p. 393–394.
17. B, C, D, E, p. 394.
18. A, B, C, p. 394.
19. A, B, D, E, p. 398.
20. C, D, E, p. 398.
21. B, C, D, E, p. 398.
22. B, C, D, p. 399.
23. A, B, p. 399.
24. A, C, D, E, p. 399.
25. A, B, C, D, p. 399.
26. A, E, p. 400.
27. C, D, E, p. 401.
28. A, B, D, E. p. 402.
29. B, C, D, E, p. 402.
30. C, D, E, p. 404.
31. A, C, D, E, p. 404–405.

**III.**

1.
a. 2, 4.
b. 3, 6, p. 388.
c. 1, 5.

2.
a. 2, 3, 5, 8, p. 394.
b. 1, 4, 6, 7,
p. 394–395.

3.
a. 1, 4, 5.
b. 2, 3, p. 397.

4.
a. 6, 7, 8,
p. 403–404.
b.1, 2, 3, 4, 5,
p. 404.

**IV.**

1. B, p. 390–391.
2. A, p. 391.
3. E, p. 394.

# 19. ABCESELE CEREBRALE ŞI PARAZITARE

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Dintre numeroasele abcese cerebrale cele mai frecvente sunt abcesele:
   A. Adiacente.
   B. Metastatice.
   C. Posttraumatice.
   D. De origine necunoscută.
   E. Parazitare.

2. Majoritatea abceselor endocraniene debutează prin:
   A. Accidente comiţiale.
   B. Fenomene de hipertensiune intracraniană.
   C. Pareză mimică de tip periferic.
   D. Sindrom bulbar şi/sau pseudobulbar.
   E. Dereglări ale ritmului somn-veghe.

3. La copii, abcesele debutează mai des cu:
   A. Crize comiţiale generalizate.
   B. Crize focale (motorii, temporale, senzitivo-motorii).
   C. Cefalee cu deficit motoriu lent progresiv.
   D. Dereglări de echilibru şi coordonare.
   E. Febră.

4. Perioada de stare a abceselor cerebrale este cunoscută sub denumirea:
   A. Triada Charcot.
   B. Triada Marburg.
   C. Triada Bergman.
   D. Sindromul Korsakoff.
   E. Sindromul Foville.

5. Indicaţi metoda de diagnostic complementară de primă alegere (metoda de diagnostic superioară) în examenul pacientului cu abces cerebral:
   A. Electroencefalografia (EEG).
   B. Echoenecefalografia (EchoEG).
   C. Angiografia cerebrală.
   D. Tomografia computerizată (CT).
   E. Rezonanţa magnetică nucleară (RMN).

6. Empiemul subdural reprezintă:
   A. O colecţie purulentă situată în spaţi.ıl subdural.
   B. Un revărsat sanguin, care ia naştere şi se dezvoltă în spaţiul subdural.
   C. Un spaţiu potenţial al cavităţii craniene între dura mater şi arahnoidă.
   D. Un spaţiu epidural la nivelul măduvei spinării, cu conţinut semifluid, bogat în triacilglicerol şi vene cu pereţi subţiri.
   E. Spaţiul subarahnoidian, situat în aria dintre arahnoidă şi pia mater, cu conţinut de fluid cerebrospinal.

7. Indicați afecțiunea considerată cea mai importantă urgență chirurgicală dintre toate colecțiile purulente intracraniene:
   A. Abcesul cerebral.
   B. Abcesul extradural.
   C. Empiemul subdural.
   D. Abcesul de fosă craniană posterioară.
   E. Abcesul adiacent rinogen.

8. Agentul patogen al cisticercozei cerebrale este:
   A. Larva de *Taenia echinococcus*, localizată la nivelul encefalului şi vertebromedular sub formă de chisturi solitare sau multiple, de dimensiuni variabile.
   B. Forma larvară de *Taenia solium*.
   C. *Paragonimus Westirmani*.
   D. Brucele, microorganisme gramnegative, mici, imobile, aerobi obligați.
   E. *Borrelia burgdorferi*.

9. Indicați sindromul care se află pe primul loc în tabloul clinic al perioadei de stare a cisticercozei cerebrale:
   A. Agitația psihomotorie.
   B. Sindromul neurologic de focar.
   C. Iritația meningeală.
   D. Hipertensiunea intracraniană.
   E. Comițial.

10. Sindromul meningeal din perioada de stare a cisticercozei predomină în cazul localizării procesului patologic în:
   A. Fosa craniană anterioară.
   B. Fosa craniană medie.
   C. Fosa craniană posterioară.
   D. Sacul dural al măduvei spinale.
   E. Sistemul ventricular cerebral.

11. Indicați medicamentul utilizat în tratamentul conservator al cisticercozei cerebrale:
   A. Biltricid (prazicvantel).
   B. Pirimetamină.
   C. Sulfadiazină.
   D. Amitriptilină.
   E. Zidovudină.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Supurațiile chirurgicale endocraniene, manifestate ca procese expansive intracraniene, se clasifică, după sediul lor, în:
   A. Abcese epicraniene.
   B. Abcese cerebrale.
   C. Abcese extradurale.
   D. Empieme subdurale.
   E. Abcese intraventriculare.

2. Din punct de vedere *etiopatogenic*, abcesele cerebrale se clasifică în:
   A. Adiacente.
   B. Metastatice.
   C. Posttraumatice.
   D. De origine necunoscută.
   E. Neclasificate.

3. Abcesele metastatice şi cele de origine nedeterminată afectează mai des:
   A. Lobul cerebral frontal.
   B. Lobul cerebral parietal.
   C. Lobul cerebral temporal.
   D. Lobul cerebral occipital.
   E. Cerebelul.

4. Din punct de vedere *morfopatologic* (după formă şi număr), abcesele cerebrale pot fi:
   A. Unice, cu formă regulată şi mărime variabilă.
   B. Multiloculare, cu contur neregulat, cu septuri multiple intracavitare şi tendinţă la recidivă, în cazul în care nu sunt extrase total.
   C. Multiple, perfect izolate şi la distanţă unele de altele, pot exista în număr mare, invers proporţional cu volumul.
   D. Diseminate, prost delimitate, de dimensiuni mici, cu sediul predominant în trunchiul cerebral şi unghiul ponto-cerebelos.
   E. Cerebrite – focare de inflamaţie cerebrală, în număr de 1–5, care au tendinţa spre confluenţă şi încapsulare.

5. Din punct de vedere *bacteriologic*, abcesele cerebrale pot fi:
   A. Virale (de cele mai multe ori, cauzate de virusurile grupei *herpes* şi enterovirusuri).
   B. Monomicrobiene (floră streptococică sau stafilococul auriu).
   C. Polimicrobiene (asociaţie de coci grampozitivi sau gramnegativi).
   D. Cu germeni neidentificaţi.
   E. Cu culturi sterile.

6. Morfopatologic, formarea abceselor cerebrale trece prin mai multe stadii:
   A. Stadiul I – encefalita presupurativă, produsă printr-un ramolisment septic.
   B. Stadiul II – encefalita supurativă sau stadiul de abces necolectat.
   C. Stadiul III – abcesul colectat sau abcesul confluent.
   D. Stadiul IV – abcesul încapsulat.
   E. Stadiul V – abcesul calcificat (rezolvat).

7. Semnele hipertensiunii intracraniene sunt următoarele:
   A. Somnolenţă severă.
   B. Cefalee periodică cu greţuri, vome.
   C. Edem sau stază papilară constatată la examenul fundului de ochi.
   D. Creşterea presiunii lichidului cefalorahidian constatată prin rahicenteză.
   E. Semne radiologice: distrucţia fragmentelor osoase ale şeii turceşti, adâncirea *impresio digitalis*, dilatarea canalelor venelor diploe etc.

8. Perioada de stare a abceselor cerebrale se caracterizează prin:
   A. Sindrom delirios.

B. Sindrom infecţios.
C. Sindrom convulsiv.
D. Sindrom de hipertensiune intracraniană.
E. Sindrom neurologic de localizare.

9. Rezonanţa magnetică nucleară este o metodă imagistică, cu o valoare informativă majoră în evidenţierea abceselor:
A. Cu localizare dificilă.
B. Dispuse în structurile liniei mediane.
C. Localizate în trunchiul cerebral.
D. Localizate în vecinătatea implantelor dentare din metaloceramică.
E. Dispuse în etajul cranian posterior.

10. Tratamentul abceselor cerebrale cuprinde următoarele compartimente:
A. Profilactic: călirea organismului, vaccinarea şi corijarea deficienţelor sistemului imun.
B. Conservator: antibioterapie în corespundere cu profilul de sensibilitate.
C. Chirurgical: ablaţia abcesului cu exereza capsulei.
D. Chirurgical: lavaj închis permanent al lojei abcesului cu sol. dioxidină 0,5%, timp de 4–5 zile postoperator.
E. Tradiţional: acupunctură, balneoterapie.

11. În aspect etiopatogenic, empiemele subdurale pot fi:
A. Parainfecţioase.
B. Postinfecţioase.
C. Prin inoculare directă.
D. Adiacente.
E. Metastatice.

12. Din grupul empiemelor subdurale adiacente fac parte empiemele subdurale secundare:
A. Sinuzitelor frontale.
B. Infecţiilor orbitale.
C. Infecţiilor dentare.
D. Infiltraţiilor paravertebrale.
E. Osteomielitelor craniului.

13. Sindromul neurologic de localizare din perioada de stare a empiemului subdural metastatic se manifestă prin:
A. Hipertensiune intracraniană.
B. Deficit motor.
C. Crize comiţiale jacksoniene.
D. Crize comiţiale generalizate.
E. Tulburarea vorbirii.

14. Investigaţiile paraclinice mai utile în diagnosticarea empiemului subdural sunt:
A. Echoencefaloscopia.
B. Electroencefalografia.
C. Angiografia cerebrală.
D. Tomografia computerizată cerebrală.
E. Rezonanţa magnetică nucleară cerebrală.

15. Indicați manifestările tetradei Schroeder, care, uneori, se poate întâlni în echinococoza cerebrală:
   A. Băiat din mediul rural.
   B. Vârsta de 5–10 ani.
   C. Stare generală bună.
   D. Semne de hipertensiune intracraniană.
   E. Semne focale neurologice minime.

16. Investigațiile paraclinice în echinococoza cerebrală (chistul hidatic) includ:
   A. Radiografie cerebrală.
   B. Ultrasonografie Doppler a vaselor magistrale cervico-cerebrale.
   C. Electroencefalografie (EEG).
   D. Tomografie computerizată (CT).
   E. Rezonanță magnetică nucleară (RMN).

17. În perioada de stare a cisticercozei cerebrale, se evidențiază câteva sindroame ale tabloului clinic:
   A. Sindromul comițial.
   B. Sindromul de hipertensiune intracraniană (HIC).
   C. Sindromul meningeal.
   D. Sindromul neurologic de localizare.
   E. Modificări endocrine.

18. Sindroamele neurologice de localizare din perioada de stare a cisticercozei cerebrale se clasifică în:
   A. Sindrom piramidal.
   B. Sindrom extrapiramidal.
   C. Afectarea nervilor cranieni.
   D. Tulburări senzitive.
   E. Tulburarea echilibrului.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

   a. Abcese adiacente.
   b. Abcese metastatice.

   1. Rinogene.
   2. Pleuropulmonare.
   3. Otogene.
   4. Cianogene.
   5. Odontogene.
   6. Cu alt punct de plecare.

2. Asociați cifrele cu literele:

   a. Empieme subdurale prin inoculare directă.
   b. Empieme subdurale metastatice.

   1. Apărute după abcesele pulmonare.
   2. După bronhopatii supurative cronice.
   3. Postoperatoriu.
   4. După drenarea spontană în spațiul subdural.
   5. După drenarea chirurgicală a abcesului.
   6. După empieme pleurale.
   7. Apărute după furunculoză.
   8. Apărute în septicemii.
   9. După manevrele de puncție cu aspirație sau cu drenaj în abcese.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

Debutul empiemului subdural este destul de manifest din cauza coexistenței simptomatologiei cerebrale cu cea a focarului infecțios primar.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. A, p. 406. | 1. B, C, D, p. 406. | 1. | A, p. 409. |
| 2. B, p. 408. | 2. A, B, C, D, p. 406. | a. 1, 3, 5. | |
| 3. E, p. 408. | 3. A, B, p. 406. | b. 2, 4, 6, p. 406. | |
| 4. C, p. 408. | 4. A, B, C, p. 406–407. | | |
| 5. D, p. 408. | 5. B, C, D, E, p. 407. | 2. | |
| 6. A, p. 409. | 6. A, B, C, D, p. 407. | a. 3, 4, 5, 9. | |
| 7. C, p. 409. | 7. B, C, D, E, p. 408. | b. 1, 2, 6, 7, 8, p. 409. | |
| 8. B, p. 411. | 8. B, D, E, p. 408. | | |
| 9. E, p. 412. | 9. A, B, C, E, p. 409. | | |
| 10. C, p. 412. | 10. B, C, D, p. 409. | | |
| 11. A, p. 412. | 11. C, D, E, p. 409. | | |
| | 12. A, B, C, E, p. 409. | | |
| | 13. B, C, D, E, p. 410. | | |
| | 14. C, D, E, p. 410. | | |
| | 15. A, C, D, E, p. 411. | | |
| | 16. D, E, p. 411. | | |
| | 17. A, B, C, D, p. 412. | | |
| | 18. A, C, D, E, p. 412. | | |

# 20. PRINCIPIILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL AFECȚIUNILOR SISTEMULUI NERVOS

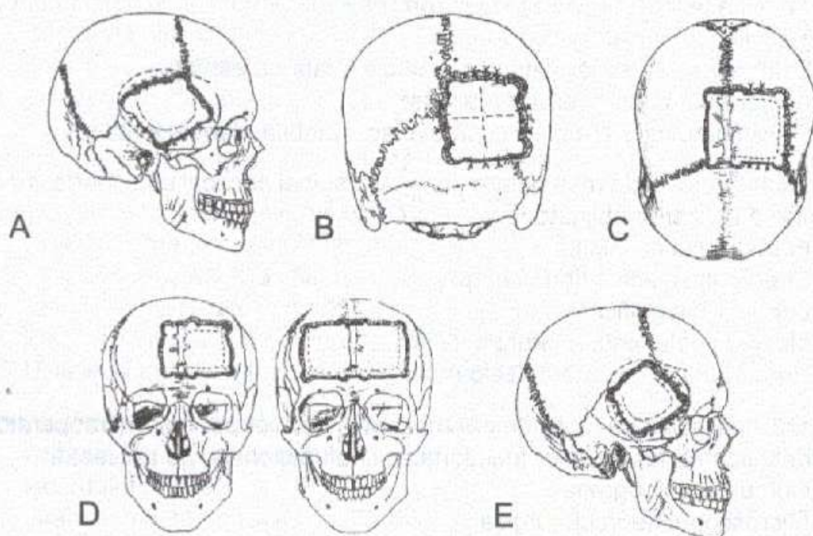
## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Elementul principal al unei săli de operație neurochirurgicale dotate este:
   A. Microscopul chirurgical.
   B. Aparatajul anesteziologic.
   C. Echipamentul de monitorizare a funcțiilor vitale.
   D. Utilajul radiologic.
   E. Utilajul electrofiziologic.

2. Punctul-cheie pentru prima freză de trepan în craniotomia de abord frontal este localizat:
   A. La treimea laterală a sinusului sagital superior în punctul antero-inferior extrem.
   B. La nivelul joncțiunii liniei fronto-temporale și procesului zigomatic al osului frontal.
   C. La nivelul glabelei, chiar deasupra cristei Galii.
   D. La nivelul inserției posterioare a arcului zigomatic.
   E. La nivelul intersecției osului zigomatic (lângă sutura fronto-zigomatică) cu linia temporală superioară și linia supraorbitală, cât mai inferior posibil.

3. Craniotomia pterională a fost recomandată de marele neurochirurg al contemporaneității:
   A. Dure.
   B. Holborn.
   C. Yasargil.
   D. Goldgi.
   E. Zapuhlâh.

4. Indicați craniotomia parasagitală:



5. În unele craniotomii (pterională, temporală), toracele pacientului este elevat de la planul orizontal pentru:
   A. Facilitarea abordului chirurgical.
   B. Obținerea unei monitorizări mai eficiente a funcțiilor vitale în decursul operației.
   C. Prevenirea compresiunii nervilor periferici în timpul intervenției.
   D. Reducerea distensiei venoase.
   E. Respectarea standardelor internaționale.

6. Uneori, craniotomia temporală poate fi combinată cu craniotomia pterională pentru:
   A. A avea acces la cerebel.
   B. A reduce riscul de embolism aerian.
   C. Pacienții cu risc sporit de hemoragii intraoperatorii.
   D. Tumorile de corp calos.
   E. Pacienții cu leziuni masive ale bazei craniului.

7. Punctul-cheie în aplicarea frezei de trepan în cazul craniotomiei temporale standard este localizat:
   A. La unghiul extern al orbitei.
   B. La nivelul inserției anterioare a arcului zigomatic.
   C. La inserția posterioară a arcului zigomatic.
   D. De-a lungul marginii superioare a inciziei cutanate.
   E. În depresiunea osului sfenoid.

8. Nivelul vertebral scontat în timpul intervenției neurochirurgicale se determină cu ajutorul:
   A. Potențialelor evocate somato-senzoriale (PESS).
   B. Potențialelor evocate motorii (PEM).
   C. Fluoroscopiei intraoperaționale.
   D. Computer mielografiei intraoperaționale.
   E. Ultrasonografiei Doppler intraoperaționale.

9. La nivelul cervical inferior $C_3$–$C_7$ abordul anterior preferabil este pe stânga, deoarece:
   A. Se evită lezarea *n. laringeus recurrens*.
   B. Trebuie identificat *m. colii longus*.
   C. Este nevoie să se ia o atitudine specială față de esofag.
   D. Asigură un câmp operator mai vast.
   E. Se obține o incizie a pielii cosmetic acceptabilă, dar eficientă.

10. Etapa chirurgicală de manipulare în canalul spinal cervical este foarte importantă şi implică utilizarea obligatorie a:
   A. Ferăstrăului tip Gigli.
   B. Sfredelului electric tip Esculap.
   C. Lupei de magnificare a imaginii.
   D. Microscopului neurochirurgical.
   E. Preparatului hemostatic Gelcofoam.

11. În cazul operațiilor pe motiv de traumatism al nervilor periferici intraoperator, pentru identificarea fasciculelor funcționale şi nefuncționale, se utilizează:
   A. Computer tomografia.
   B. Microscopul neurochirurgical.

C. Ultrasonografia Doppler.
D. Examenul electromiografic cu ac-electrozi.
E. Metoda potenţialelor evocate.

12. Prin neuropatii compresive (sindroame de tunel) se subînţeleg:
A. Leziuni traumatice ale nervilor periferici cu întreruperea anatomică completă a nervului.
B. Compresiunea nervilor periferici în timpul somnului.
C. Compresiunea nervilor periferici după oboseală sau stare de ebrietate.
D. Leziunile trunchiului nervos provocate de strangularea lui, care se poate dezvolta în canalele osteo-fibroase ale extremităţilor.
E. Compresiunile nervilor periferici la muncitorii care lucrează în tunele, în condiţiile unei atmosfere presurizate.

13. Cea mai simplă metodă, din punct de vedere tehnic, în operaţiile microneurochirurgicale pe nervii periferici este:
A. Suturarea epineurală primară.
B. Suturarea secundară (dacă nu au fost condiţii pentru suturarea primară).
C. Neuroliza externă microchirurgicală.
D. Neuroliza internă microchirurgicală.
E. Autoplastia nervilor cu aplicarea tehnicii microchirurgicale.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Există câteva poziţionări ale pacientului cu afecţiune cerebrală pe masa de operaţie:
A. Atârnată.
B. Şezând.
C. Laterală.
D. Ventrală.
E. Pronată.

2. Numărul găurilor de trepan depinde de:
A. Suprafaţa craniotomiei.
B. Localizarea craniotomiei.
C. Microscopul de operaţie.
D. Vârsta pacientului.
E. Prezenţa aderenţelor dintre dura mater şi lamela internă a craniului.

3. Hemoragia epidurală poate fi stopată prin:
A. Utilizarea coagulatorului bipolar cu irigare continuă.
B. Aplicarea de ceară medicală la sfârşitul rezecţiei osului.
C. Aplicarea preparatului gelcofoam.
D. Plasarea unor suturi pe dura mater şi fixarea lor de os.
E. Utilizarea penselor hemostatice sau a clamelor.

4. Abordurile supratentoriale sunt posibile prin:
A. Abordul frontal (bifrontal).
B. Abordul pterional.
C. Craniotomia temporală.

D. Craniotomia intraorbitală.
E. Craniotomiile parasagitale.

5. Abordul frontal (bifrontal) este utilizat pentru accesarea:
A. Tumorilor lobului frontal.
B. Tumorilor corpului calos.
C. Tumorilor frontobazale anterioare ale chiasmei.
D. Tumorilor de fosă craniană posterioară.
E. Anevrismelor poligonului Willis.

6. Pentru a evita lezarea durei mater în timpul unirii găurilor de trepan prin abord frontal, trebuie să cunoaştem următoarele particularităţi:
A. Dura mater este o membrană subţire, fină, ce înconjoară creierul şi măduva spinării.
B. Deseori, dura mater aderă la suprafaţa internă a osului la nivelul sinusului sagital superior al porţiunii anterioare.
C. Dura mater aderă la craniu la nivelul suturilor craniene.
D. La conectarea primelor freze anterioare, translatorul se plasează din partea laterală spre gaura medială.
E. Conectarea găurilor 2 şi 3 se face de la gaura medială posterioară spre cea medială anterioară.

7. Indicaţi elementele poziţionării pacientului pentru craniotomie pterională:
A. Pacientul este supinat.
B. Capul pacientului este în flexiune sub un unghi de 90°.
C. Toracele este uşor ridicat de la planul orizontal.
D. Picioarele – flexionate în articulaţia genunchilor.
E. Fixarea în fixatorul Mayfield.

8. Sunt recomandate următoarele metode principale pentru efectuarea craniotomiei temporale:
A. Incizie cutanată în formă de „S".
B. Incizie de la arcul zigomatic anterior de tragus cu finisare pe linia piloasă a capului aproximativ la linia mediană.
C. Craniotomie minimal invazivă cu incizie liniară a pielii, efectuată pentru evacuarea hematomului subdural.
D. Incizie în formă de *question mark* (semn de întrebare) cu craniotomie standard.
E. Incizie în formă de potcoavă.

9. Dacă în timpul craniotomiei temporale se lezează sinusul transvers, se acţionează în modul următor:
A. Se opreşte de urgenţă intervenţia neurochirurgicală.
B. Se transfuzează suplimentar 1,0 l lichid intravenos.
C. Sinusul se acoperă cu muşchi.
D. Sinusul se acoperă cu gelfoam.
E. Pe sinus se plasează o sutură, care include şi o bucată de muşchi temporal.

10. În craniotomia occipitală frezele de trepan se aplică:
A. În locul intersecţiei sinusului sagital superior cu sinusul transvers.
B. La joncţiunea sinusurilor sigmoid şi transvers.

C. De-a lungul liniei mediane de la primul punct (5–7 cm).
D. Lateral de ultimul punct, perpendicular pe ultimul punct (5–7 cm).
E. Opțional, în funcție de caz.

11. Craniotomia suboccipitală este folosită pentru a avea acces la:
A. Cerebel.
B. Unghiul ponto-cerebelos.
C. Artera cerebrală medie.
D. Partea antero-laterală a trunchiului cerebral.
E. Patologiile cu necesitate de a recurge la decompresiuni microvasculare în tumorile găurii mari occipitale.

12. În craniotomia suboccipitală pot fi folosite următoarele tipuri de poziționare:
A. Șezând.
B. Lateral oblic.
C. Semișezând.
D. „Rândunică".
E. „Concord".

13. Dezavantajele poziționării șezând și pronat în craniotomia suboccipitală sunt următoarele:
A. Riscul sporit de embolism aerian.
B. Oboseala sporită a mâinilor chirurgului.
C. Risc sporit de pneumotorax.
D. Posibilele leziuni ale plexului brahial.
E. Posibilele leziuni ale nervilor femurali.

14. Indicațiile generale în intervențiile la coloana vertebrală se bazează pe:
A. Acuzele pacientului.
B. Anamnesticul bolii.
C. Severitatea, durata și progresarea simptomelor clinice (segmentare sau piramidale).
D. Alterațiile parametrilor electrofiziologici (potențiale evocate somato-senzoriale – PESS, potențiale evocate motorii – PEM).
E. Imaginile radiologice concordante cu datele clinice (mielografie computerizată, rezonanță magnetică nucleară).

15. În cadrul tratamentului chirurgical al afecțiunilor degenerative ale coloanei vertebrale sunt descrise următoarele metode alternative de abord:
A. Posterior.
B. Anterior.
C. Lateral.
D. Transversal.
E. Coronar.

16. Tehnica abordului posterior către coloana vertebrală (laminotomia) are următoarele indicații:
A. Tumorile medulare (epidurale, subdurale și intramedulare).
B. Tumorile primare ale coloanei, de localizare posterioară cu compresiunea măduvei spinării.
C. Abcesul pulmonar.

D. Discectomiile cervicală, lombară şi toracică.
E. Stenoza de canal spinal.

17. Indicaţiile în abordul anterior către coloana vertebrală sunt:
A. Imposibilitatea certă de a rezolva intervenţia prin abord posterior.
B. Pregătirea chirurgului (predilecţia lui spre asemenea abord).
C. Tumorile medulare şi primitive vertebrale de localizare anterioară.
D. Fracturile de corp vertebral.
E. Discectomiile toracică şi cervicală ($C_4$–$C_7$).

18. Ca puncte de reper pentru abordul anterior către coloana cervicală servesc următoarele structuri anatomice:
A. Unghiul mandibulei.
B. Muşchiul sternocleidomastoid.
C. Fasciculul neurovascular carotid.
D. *M. colii longus.*
E. Marginea superioară a claviculei.

19. În teaca carotidă se află:
A. Artera carotidă.
B. Vena jugulară internă.
C. Nervul vag.
D. Nervul glosofaringian.
E. Parţial, plexul simpatic.

20. Cele mai frecvente afecţiuni neurochirurgicale ale nervilor periferici sunt:
A. Malformaţiile.
B. Neoplasmele.
C. Traumatismul.
D. Sindroamele de tunel.
E. Angiopatiile intraneurale.

21. Cele mai frecvente sindroame de tunel sunt:
A. Sindromul de canal carpian (n. median).
B. Sindromul de canal cubital (n. ulnar).
C. Sindromul muşchiului scalen anterior (fasciculul primar inferior al plexului brahial).
D. Nevralgia intercostală (n. intercostal).
E. Sindromul de canal tarsal (n. tibial).

22. Principalele tipuri de operaţii microneurochirurgicale decompresive pe nervii periferici sunt:
A. Suturarea epineurală primară.
B. Suturarea secundară (dacă nu au fost condiţii pentru suturarea primară).
C. Neuroliza externă microchirurgicală.
D. Neuroliza internă microchirurgicală.
E. Autoplastia nervilor cu aplicarea tehnicii microchirurgicale.

23. Indicaţii pentru neuroliza internă în sindromul canalului carpal sunt:
A. Dereglările senzitive permanente, confirmate de proba Weber.
B. Durerile nocturne severe în mână, rebele la tratamentul medicamentos.

C. Existența atrofiei muşchilor tenari.
D. Creşterea timpului de latență distală la stimularea nervului median.
E. Prezența pe traseul electromiografic a fibrilațiilor în muşchiul tenar.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați craniotomiile neurochirugicale cu scopurile în care se folosesc:

Craniotomia
a. Pterională.
b. Temporală.

Scopul:
1. Anevrismele circulației anterioare şi ale circulației bazale.
2. Biopsia lobului temporal (encefalită herpetică).
3. Lobectomia temporală în caz de epilepsie temporală, decompresiune posttraumatică.
4. Abordarea sinusului cavernos.
5. Hematomul subdural cronic.
6. Tumorile supraselare (adenomul hipofizar, craniofaringiomul).
7. Tumori ale lobului temporal.

2. Asociați tipurile operațiilor microneurochirurgicale cu tipul leziunii nervilor periferici:

Tipul leziunii:
a. Traumatică închisă.
b. Traumatică deschisă.

Tipurile operațiilor:
1. Neuroliza externă.
2. Neuroliza interfasciculară.
3. Suturarea epineurală a bonturilor nervoase.
4. Suturarea interfasciculară a bonturilor nervoase.
5. Transpoziționarea nervului ulnar în regiunea cubitală.
6. Autoplastia cu grefon al nervilor.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

În cadrul craniotomiei occipitale lamboul cutanat incizat trebuie reflectat spre baza craniului, de-a lungul liniilor nucale, ceea ce permite păstrarea arterei occipitale ca sursă de alimentare sanguină.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. A, p. 413. | 1. B, C, D, E, p. 413. | 1. | A, p. 418. |
| 2. B, p. 415. | 2. A, B, D, E, p. 414. | a. 1, 4, 6, p. 416. | |
| 3. C, p. 416. | 3. A, B, C, D, p. 415. | b. 2, 3, 5, 7, p. 417. | |
| 4. C, p. 419. | 4. A, B, C, E, p. 415. | | |
| 5. D, p. 416, 417. | 5. A, B, C, E, p. 415. | 2. | |
| 6. E, p. 417. | 6. B, C, D, E, p. 415–416. | a. 1, 2, 5, p. 423. | |
| 7. E, p. 417. | 7. A, C, D, E, p. 416. | b. 3, 4, 6, p. 423–424. | |
| 8. C, p. 421. | 8. C, D, p. 417. | | |
| 9. A, p. 422. | 9. C, D, E, p. 418. | | |
| 10. D, p. 422. | 10. A, B, C, D, p. 418. | | |
| 11. E, p. 423. | 11. A, B, D, E, p. 419. | | |
| 12. D, p. 424. | 12. A, B, C, E, p. 419. | | |
| 13. C, p. 425. | 13. A, B, C, D, p. 419. | | |
| | 14. C, D, E, p. 420. | | |
| | 15. A, B, p. 420. | | |
| | 16. A, B, D, E, p. 420. | | |
| | 17. C, D, E, p. 421. | | |
| | 18. B, C, D, p. 421. | | |
| | 19. A, B, C, E, p. 421. | | |
| | 20. C, D, p. 423. | | |
| | 21. A, B, E, p. 424. | | |
| | 22. C, D, E, p. 425. | | |
| | 23. A, C, E, p. 425–426. | | |

# 21. EPILEPSIA ŞI SINDROMUL CONVULSIV

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Actualmente, epilepsia se defineşte ca:
   A. O maladie acută a encefalului, de etiologie multiplă, caracterizată prin accese repetate, apărute în rezultatul descărcărilor neuronale excesive, şi care se manifestă prin simptomatologie clinică şi paraclinică diversă.
   B. Maladie ondulatorie, caracterizată prin accese comiţiale repetate cu pierderea cunoştinţei, iar ulterior – cu tulburări de personalitate.
   C. O stare cronică de etiologie diversă, în cadrul căreia un individ este predispus la crize epileptice recurente, de obicei spontane.
   D. O afecţiune cronică progresivă, manifestată prin tulburări paroxistice ale conştienţei, accese de convulsii, înţepeniri, accese vegetative, precum şi modificări progresive în sfera psihoemoţională, înregistrate în perioada interictală.
   E. Accese de pierdere a cunoştinţei de scurtă durată în cadrul tulburărilor paroxistice de conştienţă.
2. Criza epileptică reprezintă:
   A. O descărcare anormală excesivă a neuronilor cerebrali, însoţită de manifestări motorii şi de alt caracter: senzorial, cognitiv sau afectiv.
   B. O stare paroxistică în care bolnavul are senzaţia că lumea înconjurătoare se roteşte în jurul lui sau că însuşi corpul lui se deplasează în spaţiu, acompaniată de simptome vegetative sau afective.
   C. Un acces de tulburări vegetative cu componente emoţional-afective, comportamentale şi cognitive.
   D. Un acces de scurtă durată, în cadrul tulburărilor paroxistice de conştienţă, precedat de obicei de vertijuri, senzaţii afectiv-vizuale, acustice etc.
   E. O stare patologică manifestată prin tulburări polisistemice psihice, vegetative, algice, dereglări musculo-tonice.
3. În structura maladiilor neurologice, după incidenţă, epilepsia ocupă locul:
   A. Întâi.
   B. Doi.
   C. Trei.
   D. Patru.
   E. Cinci.
4. Indicaţi numărul aproximativ al bolnavilor de epilepsie din Republica Moldova:
   A. 10 000.
   B. 20 000.
   C. 30 000.
   D. 40 000.
   E. 50 000.
5. De câte ori este mai înalt indicele mortalităţii de epilepsie în raport cu indicele respectiv normal?
   A. De 2 ori.
   B. De 2–4 ori.

C. De 4–5 ori.
D. De 6 ori.
E. De 10 ori.

6. Indicați procentajul cazurilor în care, în pofida utilizării explorărilor suplimentare sofisticate, etiologia epilepsiei rămâne nedeterminată:
   A. 5%.
   B. 25%.
   C. 37%.
   D. 62%.
   E. 78%.

7. Alegeți descrierea corectă a crizelor epileptice generalizate (convulsive sau ne-convulsive).
   A. Primele semne clinice şi traseul electroencefalografic (EEG) indică activarea unui sistem anatomo-funcțional neuronal limitat al unei emisfere cerebrale.
   B. Primele semne clinice indică chiar de la început implicarea ambelor emisfere cerebrale, conştiința poate fi tulburată, acesta putând fi simptomul inițial. Manifestările motorii sunt bilaterale.
   C. Nu au un caracter bine definit, din cauza datelor nesatisfăcătoare sau incomplete.
   D. Clinic, se caracterizează prin convulsii tonice urmate de convulsii clonice, care au un debut localizat, urmat de o extensie progresivă a convulsiilor într-o succesiune topografică bine definită, ajungându-se deseori la generalizarea convulsiilor în hemicorpul respectiv.
   E. Se manifestă prin fenomene senzoriale elementare. Crizele sunt parestezice, doloroase, însoțite de modificarea percepției termice.

8. Termenul *criză epileptică parțială „simplă”* se utilizează atunci când:
   A. Bolnavul în timpul crizei rămâne conştient de ceea ce are loc în jurul său.
   B. Bolnavul în timpul crizei are tulburări uşoare de conştiență.
   C. Crizele nu au manifestări clinice, ci doar electroencefalografice.
   D. Crizele au doar manifestări clinice; pe traseul EEG chiar şi în timpul crizei nu se înregistrează modificări specifice.
   E. Focarul epileptogen este localizat în lobul frontal, bilateral.

9. Pentru afectarea lobului frontal sunt caracteristice crizele:
   A. Senzoriale elementare.
   B. Febrile.
   C. Jacksoniene.
   D. Sincopale.
   E. Vertiginoase.

10. Aura nu este specifică pentru epilepsia:
   A. Lobului frontal.
   B. Lobului parietal.
   C. Lobului temporal.
   D. Lobului occipital.
   E. Nedeterminată.

11. În majoritatea cazurilor (circa 60%), la originea crizelor epileptice ale lobului parietal stau:
   A. Accidentele vasculare cerebrale.
   B. Factorii genetici.
   C. Arahnoiditele posttraumatice.
   D. Glioamele.
   E. Malformațiile arterio-venoase.

12. Dacă prin examenul RMN a fost depistată o scleroză temporală, lobectomia temporală, recomandată ca metodă în tratamentul epilepsiei temporale, este eficientă în:
   A. 100%.
   B. 90% din cazuri.
   C. 80% din cazuri.
   D. 70% din cazuri.
   E. 60% din cazuri.

13. Epilepsia generalizată în majoritatea cazurilor se manifestă prin crize:
   A. Absențe.
   B. Mioclonice.
   C. Clonice.
   D. Tonice.
   E. Tonico-clonice.

14. La copii, epilepsia generalizată deseori se manifestă prin crize:
   A. Atonice.
   B. Tonice.
   C. Clonice.
   D. Mioclonice.
   E. Absențe.

15. Care crize epileptice sunt cele mai frecvente (circa 50% din cazuri)?
   A. Parțiale simple.
   B. Parțiale complexe.
   C. Parțiale secundar generalizate.
   D. Tonico-clonice (grand mal).
   E. Absențele.

16. În care fază de desfăşurare a crizei epileptice tonico-clonice are loc prăbuşirea brutală a bolnavului, ce poate conduce la accidente?
   A. Faza de debut.
   B. Faza spasmului tonic.
   C. Faza convulsiilor clonice.
   D. Faza comatoasă sau stertoroasă.
   E. Faza postcritică.

17. Unui pacient care pentru prima dată în viață suportă o criză epileptică i se indică în mod obligatoriu:
   A. Pneumoencefalografia.
   B. Echoencefalografia.
   C. Tomografia computerizată cerebrală.

D. Rezonanța magnetică cerebrală.
E. Potențiale evocate motorii transcraniene.

18. Din investigațiile suplimentare neurofiziologice în examenul bolnavului cu epilepsie rolul de bază revine:
A. Potențialelor evocate somato-senzoriale (PESS).
B. Electroencefalografiei (EEG).
C. Ultrasonografiei Doppler duplex.
D. Potențialelor evocate vizuale.
E. Potențialelor evocate prin stimulare magnetică transcraniană.

19. Electroencefalografia (EEG) se utilizează în diagnosticul epilepsiei din anul:
A. 1870.
B. 1905.
C. 1917.
D. 1924.
E. 1962.

20. Indicați rata monoterapiei efective în tratamentul epilepsiei:
A. 100%.
B. Peste 90% din cazuri.
C. Peste 80% din cazuri.
D. Peste 70% din cazuri.
E. Peste 60% din cazuri.

21. În cazul în care au fost respectate principiile tratamentului anticonvulsivant și două preparate administrate succesiv sunt ineficiente, se recurge la:
A. Administrarea de trei preparate.
B. Tratamentul chirurgical.
C. Reconsiderarea diagnosticului.
D. Consultul genetic.
E. Stoparea tratamentului pe un termen de 2 săptămâni.

22. Calendarul convulsiv, intrat în principiile tratamentului anticonvulsivant, este util pentru:
A. Informarea pacientului: durata tratamentului, beneficiile, efectele adverse posibile.
B. Înregistrarea eficacității tratamentului.
C. Rezolvarea problemelor de toleranță a preparatului.
D. Încercarea de a atinge eficiența maximal posibilă pentru fiecare remediu.
E. Supravegherea dozei remediului (tratamentul începe cu doze mici, majorând treptat doza preparatului până la doza necesară).

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Termenul *epilepsie*, precum şi boala ca atare, în aspect istoric, comportă următoarele tălmăciri şi ipoteze:
   A. Provine de la cuvântul latin *epilambana* – a se distra.
   B. În traducere din limba greacă înseamnă surpriză – de la modul neaşteptat de instalare („ca o surpriză").
   C. În perioada magică a medicinei se numea *morbus sacer* – „boală sfântă", datorită forţei de mare amploare din crizele convulsive.
   D. Epilepsia este o suferinţă cu desfăşurare dramatică şi cu impresie deosebită asupra unui public neavizat, care merge până la spaimă şi fiori reci.
   E. Bolnavii erau consideraţi mesageri ai forţei diavolului, motiv pentru care a căpătat denumirea de „boală neagră".

2. Caracteristicile epilepsiei sunt următoarele:
   A. Este un simptom al disfuncţiei creierului.
   B. Implică o depolarizare haotică şi paroxistică a neuronilor şi propagarea descărcărilor neuronale respective în ţesutul nervos.
   C. Are implicaţii bruşte şi severe în plan motor, senzitivo-senzorial, comportamental, emoţional şi bioelectric.
   D. Descărcarea anormală poate fi limitată la un teritoriu particular sau localizat din creier ori se poate propaga în ariile largi ale acestuia.
   E. Include un complex de semne patologice, determinate de afectarea funcţională a sistemului nervos vegetativ segmentar şi suprasegmentar.

3. În incidenţa epilepsiei pot fi marcate următoarele „vârfuri":
   A. De la naştere până la vârsta de 10 ani.
   B. De la 10 ani până la 16 ani.
   C. De la 16 ani până la 20 ani.
   D. De la 20 ani până la 40 ani.
   E. La vârstnici.

4. La adulţi, un rol important în apariţia crizelor epileptice se atribuie:
   A. Afecţiunilor vasculare cerebrale.
   B. Etilismului cronic.
   C. Polineuropatiei diabetice.
   D. Meningitelor şi encefalitelor.
   E. Traumatismului craniocerebral.

5. La copii, rolul primordial în apariţia crizelor epileptice îl joacă:
   A. Infecţiile cerebrale.
   B. Sechelele patologiei perinatale.
   C. Neoplasmele cerebrale.
   D. Sindromul de hipertensiune intracraniană.
   E. Scleroza multiplă şi alte afecţiuni demielinizante.

6. Clasificarea crizelor epileptice şi a epilepsiei (după Liga Internaţională de Combatere a Epilepsiei, 1981) se bazează pe:
   A. Acuzele pacientului.
   B. Anamneza bolii.

C. Tabloul clinic.
D. Traseul electroencefalografic.
E. Alte particularități specifice.

7. Clasificarea internațională a epilepsiei (după Liga Internațională de Combatere a Epilepsiei, 1989) include:
A. Formele localizate (focale, locale, parțiale).
B. Epilepsia generalizată.
C. Epilepsia nedeterminată (focală sau generalizată).
D. Sindroamele speciale (convulsii febrile, starea de rău epileptic, reflex-epilepsia).
E. Epilepsia nou-născutului.

8. În funcție de factorul etiologic, epilepsia localizată și cea generalizată se clasifică în:
A. Posttraumatică.
B. Idiopatică.
C. Simptomatică.
D. În urma neuroinfecțiilor suportate.
E. Criptogenă.

9. Selectați enunțurile corecte referitoare la epilepsia lobului temporal:
A. Diagnosticul și tratamentul prezintă mari dificultăți.
B. Inițial, se înregistrează crize parțial simple, care mai târziu devin parțial complexe.
C. Debutează la sfârșitul primului deceniu de viață, apoi urmează o perioadă de silențium și se manifestă printr-o nouă amploare în perioada adolescenței.
D. Este caracteristică aura (de regulă, epigastrală, asociată cu frică), care trece într-o criză psihomotorie.
E. Inițial, se tratează dificil, apoi pacientul se vindecă complet.

10. Epilepsia lobului occipital se caracterizează prin:
A. Automatisme oro-alimentare, vocalizări.
B. Halucinații vizuale elementare.
C. Răspândirea anterioară rapidă a crizelor spre lobii frontal, temporal.
D. Crize ce se manifestă prin amavroză ictală, iluzii vizuale, clipiri rapide, nistagmus epileptic.
E. Tulburarea percepției (déjà vu, jamais vu).

11. Indicați manifestările proprii crizei absenței epileptice:
A. Apare cu predilecție între 3 și 15 ani.
B. Are loc suspendarea bruscă a conștiinței și implicit a funcțiilor psihice pentru câteva secunde.
C. Bolnavul își întrerupe orice activitate, inclusiv vorbirea, rămânând imobil și cu privirea fixă.
D. Are loc doar o dată pe zi.
E. La sfârșitul crizei, pacientul își reia activitatea anterioară, dar prezintă o amnezie totală asupra crizei.

12. Rezonanța magnetică cerebrală, comparativ cu tomografia computerizată cerebrală, are mai multe avantaje:
A. Are o sensibilitate mai mare în depistarea disgeneziilor corticale.
B. Este mai sensibilă în vizualizarea sclerozei hipocampale.

C. Posedă o susceptibilitate mai înaltă în diagnosticul malformațiilor cerebrale.
D. Este mai eficientă în depistarea glioamelor cerebrale.
E. Este mai ieftină şi mai rapidă, deci mai accesibilă.

13. Care metode contemporane imagistice, din cele enumerate mai jos, pot depista modificările cerebrale funcționale, responsabile de declanşarea crizelor epileptice?
A. Tomografia computerizată cu reconstrucție tridimensională.
B. Angiografia cerebrală.
C. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT) funcțională.
D. Scanerul cerebral radioizotopic.
E. Rezonanța magnetică nucleară (RMN) funcțională.

14. Modificările specifice înregistrate în timpul examenului prin electroencefalografie (EEG) contribuie la:
A. Susținerea diagnosticului de epilepsie.
B. Precizarea caracterului convulsiei.
C. Localizarea focarului epileptogen.
D. Aprecierea eficacității tratamentului.
E. Vizualizarea modificărilor structurale ale formațiunilor supratentoriale ale creierului.

15. Numiți modificările patologice ale traseului electroencefalografic în epilepsie:
A. Înregistrarea în regiunile frontale simetrice a undelor cu o frecvență de peste 12 Hz şi cu o amplitudine de la 10 la 20 μV.
B. Diminuarea frecvenței ritmului.
C. Înregistrarea descărcărilor de unde-vârf.
D. Înregistrarea undelor lente.
E. Asimetria electroencefalografică emisferială sau lobară.

16. În cazul unei crize epileptice, suportată de un pacient pentru prima dată, este necesar să se efectueze următoarele investigații suplimentare:
A. Examenul neuroimagistic.
B. Examenul electroencefalografic (EEG).
C. *Screening*-ul biochimic (mai ales la copii, deoarece tulburările metabolismului de asemenea pot declanşa crize epileptice).
D. Examenul serului sanguin la benzi oligoclonale.
E. Analiza sângelui la conținut de anticorpi anticolinesterază.

17. Selectați afirmațiile corecte referitoare la starea de rău epileptic:
A. Este o formă particulară de epilepsie, în care crizele comițiale se prelungesc sau se succed fără recuperare între crize.
B. Conştiința pacientului se restabileşte între crize completamente.
C. După Wasterlain (1997), statusul epileptic se consideră prezent atunci când convulsiile continue durează mai mult de 5 minute, convulsiile intermitente – nu mai puțin de 15 minute, manifestările EEG ale convulsiilor – nu mai puțin de 15 minute.
D. Incidența stării de rău epileptic constituie 41 pacienți la 100 000 loc./an. Letalitatea este de circa 22%.
E. Statusul de rău epileptic survine în cazul stopării tratamentului de către pacient, exacerbării maladiilor somatice cronice, stresului psihogen, efortului excesiv fizic, infecției intercurente etc.

18. Indicați măsurile necesare în cazul asistării unui acces epileptic:
   A. Pacientul trebuie culcat pe un așternut moale.
   B. Se iau măsuri de evitare a traumatizării bolnavului în timpul crizei.
   C. Pentru a preveni blocajul căilor respiratorii, se recomandă întoarcerea pacientului cu fața în jos sau cu capul lateral.
   D. Este necesară deschiderea forțată a cavității bucale și înțeparea cu un obiect ascuțit a degetului mare de la mâna dreaptă.
   E. Se administrează diazepam 10 mg i/v, i/m sau intrarectal, pentru a preveni crizele epileptice ulterioare.

19. Dacă se instalează starea de rău epileptic, se recomandă:
   A. Diazepam: 10–20 mg i/v, se repetă peste 5 min. până la stoparea crizelor, dar doza administrată nu va depăși 5 mg/min.
   B. Clonazepam: 2 mg i/v, se repetă maximum de 4 ori, < 1 mg/min.
   C. Glucoză 40% sau 50% 50 ml i/v, prin altă venă 250 mg tiamină (vit. $B_1$) i/v.
   D. Phenytoină (poate fi utilizată inițial): 15–20 mg/kg, doza obișnuită fiind de 1000 mg (4 fiole a câte 250 mg).
   E. Dacă crizele continuă, se recurge la anestezie epidurală.

20. Alegeți recomandările corecte privind alimentația și modul de viață ale bolnavului epileptic:
   A. Bolnavul trebuie să aibă un mod de viață normal, ordonat, fără excese, fără schimbări bruște.
   B. Nici un aliment nu este contraindicat, cafeaua și ceaiul fiind autorizate, dar abuzul lor este interzis.
   C. Tutunul nu este dăunător pentru epileptici. Consumul băuturilor alcoolice nu este interzis.
   D. Aflarea timp îndelungat în fața televizorului, calculatorului este benefică pentru bolnavul epileptic.
   E. Epilepsia induce restricții în conducerea auto, iar în efectuarea serviciului militar constituie o contraindicație absolută.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați crizele epileptice cu manifestările lor (după Liga Internațională de Combatere a Epilepsiei, 1981):

Crizele epileptice:
a. Parțiale (focale sau locale).
b. Generalizate (convulsive sau neconvulsive)
c. Neclasificabile.

Manifestările:
1. Crize parțiale simple.
2. Crize parțiale complexe.
3. Crize parțiale secundar generalizate.
4. Absențe.
5. Crize mioclonice.
6. Crize clonice.
7. Crize tonice.
8. Crize tonico-clonice.
9. Crize atonice.
10. Crize neonatale cu mişcări oculare ritmice.
11. Crize cu mişcări de masticație.
12. Crize cu mişcări de înot.

2. Asociați faza de desfăşurare a crizei epileptice tonico-clonice cu descrierea ei:

Denumirea fazei:
a. De debut.
b. Spasmului tonic.
c. Convulsiilor clonice.
d. Comatoasă (stretoroasă).
e. Postcritică.
f. Somnului postcritic.

Descrierea:
1. Bolnavul doarme câteva ore, apoi prezintă mialgii şi cefalee, amnezie completă a episodului critic.
2. Este precedată de o salvă de mioclonii. Urmează prăbuşirea brutală a bolnavului.
3. Durează 1 minut, cu convulsii violente generalizate. Manifestările vegetative regresează.
4. Durează 10–20 secunde. Se încordează toți muşchii scheletici ai corpului – opistotonus. Ochii se deschid larg, deviază vertical. Se produce muşcarea limbii. Expir forțat însoțit de un strigăt de câteva secunde. Tulburări vegetative pronunțate.
5. O nouă fază tonică, moderată. Durează de la 20 secunde până la 5 minute. Se relaxează sfincterele (emisie de urină, fecale). Se reia respirația, care însă este stertoroasă, din cauza secrețiilor faringiene. Se elimină salivă spumoasă sau sanguinolentă.
6. Durează până la 15 minute. Se produce rezoluția musculară completă, dispariția tulburărilor vegetative, recuperarea conştienței.

3. Asociați medicamentele anticonvulsivante cu spectrul lor de acțiune:

Spectrul de acțiune:

a. Toate tipurile de crize convulsive.
b. Toate tipurile de crize convulsive, în afară de absențe.
c. Crize convulsive parțiale și tonico-clonice generalizate.
d. Absențe.

Preparatul:

1. Valproat de sodiu (depakine, orfiril).
2. Lamotrigine (lamictal).
3. Felbamate.
4. Benzodiazepine.
5. Phenobarbital.
6. Primidone.
7. Carbamazepine (finlepsin, tegretol, timonil).
8. Phenytoină (diphenin).
9. Vigabatrin.
10. Gabapentin.
11. Ethosuximide (suxilep).

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Prevalența epilepsiei este de circa 1%, fiind determinată de numărul persoanelor care au suportat o criză convulsivă în ultimii 5 ani sau utilizează preparate anticonvulsivante.

2. În majoritatea cazurilor, epilepsia generalizată este simptomatică, fiind incriminată în etiologia acestei forme de epilepsie prezența factorilor genetici.

## RĂSPUNSURI

**I.**

1. C, p. 427.
2. A, p. 427.
3. C, p. 427.
4. E, p. 427.
5. B, p. 427.
6. D, p. 427.
7. B, p. 428.
8. A, p. 429.
9. C, p. 429.
10. A, p. 429.
11. D, p. 429.
12. C, p. 430.
13. E, p. 430.
14. E, p. 430.
15. D, p. 430.
16. A, p. 430.
17. D, p. 431.
18. B, p. 431.
19. D, p. 431.
20. D, p. 432.
21. C, p. 432.
22. B, p. 432.

**II.**

1. B, C, D, p. 427.
2. A, B, C, D, p. 427.
3. A, E, p. 427.
4. A, B, D, E, p. 427.
5. A, B, p. 428.
6. C, D, p. 428.
7. A, B, C, D, p. 428.
8. B, C, E, p. 429.
9. A, B, C, D, p. 429–430.
10. B, C, D, p. 430.
11. A, B, C, E, p. 430.
12. A, B, C, D, p. 431.
13. C, E, p. 431.
14. A, B, C, D, p. 431.
15. B, C, D, E, p. 431–432.
16. A, B, C, p. 431–432.
17. A, C, D, E, p. 432.
18. A, B, C, E, p. 433.
19. A, B, C, D, p. 433.
20. A, B, E, p. 433.

**III.**

1.
a.1, 2, 3.
b. 4, 5, 6, 7, 8, 9.
c. 10, 11, 12, p. 428.

2.
a. 2.
b. 4.
c. 3.
d. 5.
e. 6.
f. 1, p. 430.

3.
a. 1, 2, 3, 4.
b. 5, 6.
c. 7, 8, 9, 10.
d. 11, p. 433.

**IV.**

1.
A, p. 427.

2.
D, p. 429.

# 22. ALTERĂRILE PERINATALE. PARALIZIA CEREBRALĂ INFANTILĂ

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Numiţi cauza afectării difuze a creierului la nou-născuţi şi sugari:
   A. Imaturitatea elementelor celulare şi a fibrelor nervoase.
   B. Sensibilitatea sporită la factorii nocivi.
   C. Hidrofilia avansată, ce duce rapid la edem cerebral.
   D. Pragul scăzut de excitabilitate.
   E. Mobilitatea cutiei craniene datorită fontanelelor şi suturilor fragile.

2. Până în lunile a 5-a – a 6-a ale vieţii intrauterine, reacţiile de tipul celor inflamatoare în cadrul sistemului nervos sunt imposibile, deoarece:
   A. Există o protecţie foarte sigură din partea sistemului imun matern.
   B. Nu sunt dezvoltate celulele mezenchimale.
   C. Posibilităţile plastice şi de compensaţie sunt foarte mari.
   D. Creierul are un conţinut sporit de apă.
   E. Sunt excesiv dilatate spaţiile perivasculare şi pericelulare ale creierului.

3. Mielinizarea şi maturizarea sistemului nervos, începând din lunile a 5-a – a 7-a ale vieţii intrauterine, decurg lent, terminându-se doar la vârsta de:
   A. 1 an.
   B. 1–2 ani.
   C. 3–4 ani.
   D. 5–6 ani.
   E. 7–8 ani.

4. Care este perioada cea mai vulnerabilă în dezvoltarea sistemului nervos la copii?
   A. Intrauterină.
   B. Prima săptămână după naştere.
   C. Prima lună după naştere.
   D. Primul an după naştere.
   E. După ce apare capacitatea de reacţie inflamatorie în cadrul sistemului nervos.

5. Leziunea predominantă a creierului sugarului este:
   A. Reacţia inflamatorie leucocitară.
   B. Reacţia nespecifică a neurogliei.
   C. Reacţia discretă vaso-circulatorie.
   D. Edemul cerebral.
   E. Apoptoza neuronală.

6. Alegeţi descrierea corectă a *porencefaliei*:
   A. Lipsa sau dezvoltarea insuficientă a circumvoluţiunilor cerebrale.
   B. O reducere în volum a dimensiunilor circumvoluţiunilor cerebrale, cu prezenţa subdiviziunilor.
   C. Neuronii se află într-un stadiu embrionar de dezvoltare, iar celulele cortexului nu respectă stratificarea obişnuită.

D. Un defect al creierului sub formă de cavitate-pâlnie, a cărei bază se află pe suprafaţa cortexului, iar vârful comunică cu ventriculul lateral.
E. Atrofia circumvoluţiunilor, ce capătă un aspect pergamentos şi prezintă o consistenţă mai dură decât în stare obişnuită.

7. Indicaţi rata hipoxiei intrauterine a fătului din numărul total al nou-născuţilor:
A. 1–2%.
B. 3–4%.
C. 5–7%.
D. 8–10%.
E. 12–15%.

8. Una dintre cele mai frecvente cauze în letalitatea nou-născutului este:
A. Asfixia.
B. Hemoragia intraventriculară.
C. Hemoragiile intracerebrale mici şi multiple.
D. Traumatismul măduvei spinării.
E. Traumatismul plexului brahial stâng.

9. La cât timp după naştere, starea copilului născut în asfixie uşoară (gr. I) devine satisfăcătoare?
A. În prima oră.
B. După 12 de ore.
C. După 24 de ore.
D. După 48 de ore.
E. La a treia zi.

10. Pentru determinarea corectă a gradului de asfixie, în serviciul maternităţii este utilizat scorul:
A. Apgar.
B. Hachinski.
C. Galsgow.
D. Hunt-Hess.
E. Tur.

11. După scala Apgar, starea de asfixie a nou-născutului se consideră gravă atunci când copilul acumulează următorul număr de puncte:
A. 8–10.
B. 9.
C. 6–7.
D. 4–5.
E. 0–3.

12. Traumatismul natal al creierului ajunge la rata de:
A. 10%.
B. 20%.
C. 30%
B. 40%.
D. 50%.
E. 60%.

13. Hematomul subdural la nou-născut apare mai des în cazul:
   A. Naşterii premature.
   B. Aplicării forcepsului.
   C. Aplicării vacuum-extractorului.
   D. Naşterii accelerate.
   E. Naşterii prin cezariană.

14. Clinic, hemoragiile subarahnoidiene la nou-născut se manifestă sub formă de:
   A. Dispnee neregulată, bătăi slabe ale inimii, puls slab, ţipăt slab.
   B. Simptomatologie neurologică de focar.
   C. Meningită aseptică.
   D. Miotonie musculară.
   E. Semne de hipertensiune intracraniană.

15. O însemnătate mare în diagnosticul hemoragiilor intracraniene şi, îndeosebi, al celor subarahnoidiene la nou-născut are:
   A. Examinarea lichidului cefalorahidian.
   B. Examinarea ultrasonoră a encefalului.
   C. Cercetarea fundului de ochi.
   D. Tomografia computerizată cerebrală.
   E. Rezonanţa magnetică cerebrală.

16. Rata traumatismelor natale ale măduvei spinării din numărul total de traumatisme natale constituie:
   A. 3–5%.
   B. 5–7%.
   C. 7–10%.
   D. 10–15%.
   E. 30–40%.

17. Una dintre cele mai frecvente forme clinice ale patologiei medulare şi ale rădăcinilor nervilor spinali este:
   A. Radiculopatia $L_5$.
   B. Lumbosciatica.
   C. Neuropatia radială.
   D. Plexopatia brahială.
   E. Neuropatia ulnară.

18. Simptomatologia plexopatiei obstetricale brahiale depinde de:
   A. Dimensiunile fătului.
   B. Instrumentele utilizate de medic în timpul naşterii.
   C. Nivelul afectării.
   D. Hemoragia postnatală.
   E. Eventuala suferinţă medulară.

19. Sindromul Claude Bernard-Horner se manifestă foarte frecvent în:
   A. Afectarea natală a nervului frenicus.
   B. Lezarea intumescenţei lombare în timpul naşterii.
   C. Plexopatia brahială natală tip superior.
   D. Plexopatia brahială natală tip inferior.
   E. Plexopatia brahială natală tip total.

20. Cea mai grea formă de paralizie obstetricală este:
   A. Plexopatia brahială natală tip superior.
   B. Plexopatia brahială natală tip inferior.
   C. Plexopatia brahială natală tip total.
   D. Afectarea natală a nervului facial.
   E. Plexopatia lombosacrată.

21. Care manifestare clinică în paralizia brahială obstetricală indică implicarea măduvei spinării?
   A. Hipotonia foarte pronunţată a mâinii, până la atonie.
   B. Paralizia ambelor mâini.
   C. Constatarea tulburărilor de sensibilitate la nivelul mâinii şi regiunii interne a antebraţului.
   D. Lipsa completă a mişcărilor active în mână.
   E. Membrul superior afectat prezintă o încetinire în dezvoltare, rămâne mai scurt şi mai subţire decât cel de partea opusă.

22. În scopul profilaxiei contracturilor, în tratamentul paraliziei brahiale obstetricale se include:
   A. Fixarea mânuţei bolnavului din primele zile pe o şină specială, dându-i o poziţie fiziologică – o rotaţie externă a antebraţului, supinaţie şi o flexie dorsală.
   B. Administrarea, chiar din primele zile, a vitaminelor din grupa B.
   C. Administrarea de dibazol în prafuri, cavinton, apoi extract de aloe, lidază, pirogenal, galantamină.
   D. Combinarea tratamentului medicamentos, în a treia săptămână de viaţă, cu tratamentul fizioterapeutic: aplicări de parafină, ozocherită, băi, masaj, electroforeză cu spasmolitice.
   E. Kinetoterapie după un plan individual.

23. Afectarea cărui segment medular în traumatismul natal medular poate conduce la paralizia diafragmei?
   A. $C_1$.
   B. $C_2$.
   C. $C_3$.
   D. $C_4$.
   E. $C_5$.

24. În care din afecţiunile traumatice natale enumerate mai jos este necesar tratamentul chirurgical?
   A. Hematomielie.
   B. Plexopatia brahială bilaterală.
   C. Lezarea intumescenţei lombare.
   D. Hemoragia subarahnoidiană.
   E. Hematom subdural.

25. Incidenţa paraliziei cerebrale infantile în Republica Moldova este încă la un nivel foarte ridicat şi constituie:
   A. 1,5–2,5% din numărul copiilor.
   B. 0,5% cazuri la 1000 de nou-născuţi.
   C. 1,0% cazuri la 1000 de nou-născuţi.

D. 2,5–5,9% cazuri la 1000 de nou-născuţi.
E. 6,0–7,2% cazuri la 1000 de nou-născuţi.

26. În dezvoltarea neuropsihică şi motorie normală, copilul ridică capul în decubit ventral la vârsta de:
A. 1–2 luni.
B. 3 luni.
C. 5–6 luni.
D. 7–8 luni.
E. 9 luni.

27. În dezvoltarea neuropsihică şi motorie normală, copilul gângureşte în mod activ la vârsta de:
A. 1–2 luni.
B. 3 luni.
C. 5–6 luni.
D. 7–8 luni.
E. 9 luni.

28. Cea mai frecventă leziune responsabilă de diplegia spastică din paralizia cerebrală infantilă este:
A. Hemoragia intraventriculară.
B. Hemoragia parasagitală.
C. Leucomalacia periventriculară.
D. Scleroza centrolobară.
E. Hemoragia din coarnele medulare anterioare ale măduvei spinale cervicale.

29. La cât timp după naştere se evidenţiază stadiul spastic al diplegiei spastice din paralizia cerebrală infantilă?
A. După 2 luni.
B. După 3–4 luni.
C. După 6–7 luni.
D. După 8–9 luni.
E. După 10–12 luni.

30. În care din formele paraliziei cerebrale infantile, enumerate mai jos, este posibil mersul „digitigrad"?
A. Diplegie spastică.
B. Hemiplegie spastică.
C. Hemiplegie dublă.
D. Forma atonă-astatică.
E. Forma distonică-diskinetică.

31. Defectul intelectual la bolnavii cu diplegie spastică din paralizia cerebrală infantilă este prezent atunci când:
A. Apar tulburări de coordonare.
B. Se asociază cu distonia şi mişcările involuntare de tip coreic.
C. Se asociază cu strabismul convergent.
D. Se asociază cu ataxia.
E. Se implică şi membrele superioare.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Encefalomielopatiile perinatale includ o serie de sindroame neurologice, mai mult sau mai puţin asemănătoare, care au următoarele caracteristici:
   A. Au la bază cauze şi modificări anatomice foarte diferite.
   B. Fac parte din grupul bolilor ereditare.
   C. Pot fi congenitale.
   D. Se dobândesc în procesul naşterii.
   E. Se dobândesc în prima săptămână după naştere.

2. Sub acţiunea factorilor patologici, reacţia inflamatoare a creierului sugarului este mult mai discretă decât cea a adultului, ea fiind:
   A. Alcătuită numai din elemente fixe, locale.
   B. Alcătuită din elemente leucocitare mobile.
   C. Cu minimum de participare.
   D. Hiperergică.
   E. Universală.

3. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la anatomia patologică a encefalopatiilor infantile:
   A. În cazul când moartea nu survine în faza acută a bolii, modificările morfopatologice ţin de stadiile cicatriceale ale unor procese mai vechi.
   B. La baza diferitor forme ale encefalopatiilor se află aspecte lezionale variate.
   C. La un examen morfopatologic minuţios, întotdeauna este posibilă stabilirea caracterului procesului patologic ce a avut loc în faza acută.
   D. În cazul acţiunii factorului patologic în faza intrauterină, au loc tulburări de dezvoltare: malformaţii congenitale, agenezii, porencefalie.
   E. Atunci când sistemul nervos central este afectat în perioada natală sau în cea postnatală, apar cicatrice, chisturi, scleroze, atrofiile corticale.

4. Cele mai răspândite agenezii ale encefalului sunt:
   A. Scleroza cerebrală atrofică.
   B. Agiria.
   C. Microgiria.
   D. Pahigiria.
   E. Porencefalia.

5. Manifestările morfopatologice în perioada acută a traumatismului perinatal se caracterizează prin:
   A. Stază sanguină venoasă abundentă în creier.
   B. Pneumocefalie pronunţată.
   C. Stază în capilarele meningelor.
   D. Hemoragii difuze voluminoase în creierul mare, adesea în coarnele anterioare.
   E. Hemoragii difuze voluminoase în măduva spinării.

6. În cazul encefalopatiilor infantile, în celulele nervoase se pot observa următoarele modificări morfopatologice:
   A. Procese distrofice sub formă de cromatoliză.
   B. Ectopie nucleară.
   C. Hiperpigmentaţia membranei celulare.

D. Vacuolizarea nucleilor.
E. Celule-umbre.

7. Diversitatea factorilor nocivi care produc encefalopatiile şi mielopatiile perinatale, în cele din urmă, se manifestă prin:
A. Hipoxie a fătului.
B. Asfixie a nou-născutului.
C. Traumatism natal.
D. Paralizie cerebrală infantilă.
E. Anomalie cranio-vertebrală.

8. Dintre bolile extragenitale şi intragenitale ale mamei, care pot conduce la hipoxia fătului şi asfixia nou-născutului, cele mai frecvente sunt:
A. Radiculopatia discogenă lombară.
B. Bolile acute şi cronice ale aparatelor respirator, cardiovascular, endocrin (diabetul zaharat).
C. Toxicozele gravidice şi alte intoxicaţii, inclusiv cele generate de medicamente.
D. Incompatibilitatea sângelui mamei şi al fătului după Rh şi ABO.
E. Diferite inflamaţii sau anomalii în dezvoltarea organelor genitale.

9. Scala Apgar, folosită în plan mondial pentru determinarea gradului de asfixie a nou-născutului, conține următoarele compartimente clinice:
A. Bătăile inimii.
B. Respirația.
C. Tonusul muscular.
D. Pulsația fontanelei mari.
E. Colorația tegumentelor.

10. Respirația în asfixia gravă (gr. III) a nou-născutului are următoarele calificative:
A. Este normală, dar intensificată.
B. Este de tip Cheyne-Stockes.
C. Este de tip Kussmaul.
D. Este de tip Biot.
E. Uneori lipseşte.

11. Indicațiile terapeutice în cazul asfixiei nou-născutului de gradele I şi II (4–7 puncte după scala Apgar) sunt următoarele:
A. După naşterea capului sau a corpului copilului, se aspiră mucozitățile din căile respiratorii.
B. Ventilarea artificială a plămânilor (prin mască). Dacă respirația e slabă/aritmică, se introduc analeptice: sol. etimizol 1,5%, 0,2 ml subcutanat sau cordiamină 0,3 ml subcutanat.
C. Corpul se răceşte (şervețele umede, pungi cu gheață).
D. În vena ombilicală: sol. glucoză 20% – 10,0; cocarboxilază 8–10 mg; gluconat de calciu 10% – 3,0; sol. hidrocarbonat de sodiu 2–4 ml/kg.
E. Cordonul ombilical nu se înlătură până când nu încetează să pulseze.

12. Dintre hemoragiile intracraniene cele mai frecvente la nou-născuți sunt:
A. Hematoamele epidurale.
B. Hematoamele subdurale.
C. Hemoragiile subarahnoidiene.

D. Hemoragiile intraventriculare.
E. Hemoragiile cerebrale mici şi multiple.

13. În cazul lezării natale a sinusurilor transversal şi sagital sau a venei Galen, sângele deseori se acumulează:
A. În fosa craniană anterioară.
B. În fosa craniană mijlocie.
C. În fosa craniană posterioară.
D. La baza creierului.
E. Între emisferele cerebrale.

14. Hemoragiile natale intracerebrale se caracterizează prin:
A. Pareze, paralizii.
B. Anizocorie.
C. Afectări ale nervilor cranieni.
D. Hemispasm facial.
E. Convulsii de tip jacksonian.

15. De cele mai multe ori, cauzele apariţiei hemoragiilor intraventriculare la nou-născuţi sunt:
A. Vasculitele cerebrale.
B. Coagulopatiile.
C. Infecţiile intrauterine.
D. Naşterile accelerate premature.
E. Diferite patologii ale gravidităţii.

16. Consemnaţi manifestările clinice caracteristice hemoragiilor intraventriculare la nou-născuţi:
A. Nou-născuţii se află într-o stare de comă adâncă, cu dereglarea funcţiei centrelor respirator şi cardiovascular.
B. Apare o hipotonie musculară difuză cu mioclonii.
C. Apare mioza, care e înlocuită mai apoi de anizocorie; globii oculari efectuează nişte mişcări ondulatoare, inconştiente.
D. Fontanelele sunt extinse.
E. Apar semne caracteristice alteraţiei regiunii diencefalice: hipertermie, tulburări ale funcţiilor somn-veghe, trofice şi vegetative. Poate fi prezent semnul arlechinului.

17. Hemoragiile cerebrale mici şi multiple la nou-născuţi se manifestă prin:
A. Apar în cazul naşterilor îndelungate, cu ruperea precoce a pungii amniotice în caz de hipotonie a uterului.
B. Se întâlnesc mai des în emisferele creierului mare, în trunchiul cerebral, precum şi în cerebel.
C. Reflexele sunt diminuate, nou-născuţii sunt neliniştiţi, deseori vomită; alteori apar convulsii, mai des în muşchii mimici ai feţei, în membre.
D. În starea acută urmele de sânge în lichidul cefalorahidian lipsesc.
E. Mai târziu asemenea copii se dezvoltă psihomotor, fără a rămâne în urmă de semenii lor.

18. Diagnosticul traumatismului natal al creierului se bazează pe:
A. Colectarea minuţioasă a anamnezei despre sănătatea mamei în decursul gravidităţii şi actului de naştere.

B. Cercetarea profundă a tulburărilor sistemului nervos central la nou-născuţi.
C. Aprecierea statutului sistemului nervos periferic la nou-născuţi.
D. Analiza şi determinarea stării sistemului nervos vegetativ (autonom) la nou-născuţi.
E. Folosirea metodelor neuropsihologice de diagnostic.

19. Prin fontanelele deschise ale nou-născutului e posibilă examinarea ultrasonoră a encefalului, care îi furnizează medicului o informaţie exactă asupra sistemului nervos central:
A. Depistează hematoamele.
B. Depistează chisturile.
C. Depistează anomaliile în dezvoltarea cerebrală.
D. Determină starea sistemului ventricular.
E. Stabileşte nivelul de afectare a măduvei spinării.

20. La nou-născutul sănătos lichidul cefalorahidian, de obicei, are următoarele caracteristici:
A. Transparent sau puţin xantocrom (din cauza conţinutului majorat de bilirubină, mai ales în prima săptămână de viaţă).
B. Tensiunea este de 80–100 mm ai coloanei de apă.
C. Conţinutul de celule ajunge până la 20–25 limfocite în 1 ml.
D. Conţinutul de proteine – până la 0,33 g/l.
E. Întotdeauna există o corelaţie directă între gravitatea traumatismului natal al encefalului şi schimbările din lichidul cefalorahidian.

21. În patogenia manifestărilor medulare traumatice natale pot fi menţionate următoarele:
A. Are loc afectarea coloanei vertebrale, a vaselor sanguine medulare.
B. Morfopatologic, se depistează hemoragii în meninge, care uneori nu se absorb complet, generând inflamaţie aseptică cu transformare în ţesut conjunctiv.
C. Cicatricele apasă asupra vaselor sanguine şi a rădăcinilor nervilor spinali, provocând o tulburare cronică a funcţionării lor.
D. Suferă primordial porţiunea toracică medie a măduvei spinării.
E. Microscopic, sunt depistate hemoragii punctiforme, mai des situate în coarnele medulare anterioare.

22. Indicaţi manifestările clinice ale paraliziei brahiale obstetricale de tip superior:
A. Braţul atârnă inert de-a lungul trunchiului corpului.
B. E prezent semnul „mâinii de păpuşă".
C. Mâna este în pronaţie, cu faţa dorsală înainte.
D. Reflexele tendinoase de partea afectată sunt exagerate.
E. Mişcările lipsesc în articulaţiile umărului şi cotului şi se păstrează în articulaţiile carpometacarpiene.

23. Diagnosticul de paralizie brahială obstetricală nu prezintă dificultăţi şi se face pe bază de:
A. Dureri mari pe care le exprimă copilul la mişcarea pasivă şi activă a mâinii.
B. Lipsă a mişcărilor active în membrul superior.
C. Anamneză obstetricală.
D. Examen radiologic.
E. Cercetare electromiografică.

24. Lezarea intumescenţei lombare în timpul naşterii provoacă:
   A. Tetrapareze sau tetraplegii.
   B. Paralizii sau pareze ale membrelor inferioare cu semne caracteristice afectării neuronului motor periferic (atonie, areflexie, atrofie).
   C. Sindromul tulburărilor respiratorii.
   D. Moartea subită a copilului (uneori).
   E. Luxaţii sau subluxaţii coxo-femurale (datorită atoniei muşchilor şi capsulei articulare).

25. În principiu, tratamentul nou-născuţilor traumatizaţi poate fi împărţit în următoarele etape:
   A. În maternitate.
   B. În staţionarul neurologic pentru nou-născuţi.
   C. În condiţii de policlinică.
   D. În condiţii de sanatoriu.
   E. În condiţii de staţionar de zi.

26. Puncţia lombară sau a fontanelei mari în traumatismul natal al creierului are drept scop:
   A. Scăderea tensiunii intracraniene.
   B. Înlăturarea unei părţi de sânge scurs în spaţiul subarahnoidian.
   C. Diagnosticarea.
   D. Exercitarea efectului anticonvulsiv.
   E. Preîntâmpinarea hemoragiilor intramedulare.

27. Metoda fizică de combatere a hipertermiei la nou-născutul cu traumatism natal include:
   A. Administrarea analginei sau amidopirinei, uneori a glucocorticoizilor, amestecurilor litice, paracetamolului.
   B. Dezgolirea completă a copilului.
   C. Plasarea pungii cu gheaţă la o distanţă de 2 cm de la cap. Învelirea capului copilului cu o basma umedă.
   D. Aplicarea compreselor reci în regiunea inghinală şi la subsuori.
   E. Fricţiunea spatelui, cutiei toracice, a membrelor cu o soluţie diluată de alcool.

28. Indicaţi substanţele care urmează să fie introduse cu precauţie şi foarte lent, deoarece inhibă centrul de respiraţie şi pot duce la oprirea ei:
   A. Droperidolul.
   B. Aminazina.
   C. Piracetamul.
   D. Oxibutiratul de sodiu.
   E. Pipolfenul.

29. Pentru corijarea acidozei respiratorii şi metabolice, condiţionate de asfixia din cadrul traumatismului natal, nou-născutului i se administrează:
   A. Vitaminele grupei B.
   B. Cocarboxilază.
   C. Acid ascorbic.
   D. Hidrocarbonat de sodiu (sub controlul echilibrului acido-bazic).
   E. Oxibutirat de sodiu.

30. Pentru stabilizarea metabolismului lipidic în cadrul tratamentului traumatismului natal al creierului şi măduvei spinării se administrează:
   A. Plasmă.
   B. Analgină.
   C. Esenţiale.
   D. Tocoferol acetat.
   E. Acid lipoic.

31. Paralizia cerebrală infantilă constituie o stare sechelară a unor procese de afectare a creierului în perioadele prenatală, natală şi postnatală, drept consecinţă a encefalomielopatiilor perinatale, care se caracterizează prin tulburări:
   A. Piramidale.
   B. Extrapiramidale.
   C. Psihoverbale.
   D. Respiratorii.
   E. Cardio-circulatorii.

32. Cel mai des paralizia cerebrală infantilă este cauzată de:
   A. Encefalopatiile perinatale.
   B. Malnutriţia mamei.
   C. Traumatismele natale.
   D. Boala hemolitică a nou-născutului.
   E. Infecţiile dobândite.

33. În funcţie de severitatea leziunii sistemului nervos central, se disting următoarele grade ale paraliziei cerebrale infantile:
   A. Disfuncţia organică cerebrală minimă.
   B. Retardul în dezvoltarea neuromotorie.
   C. Microsechelaritatea encefalopatică sau debilitatea motorie.
   D. Paralizia cerebrală sau infirmitatea motorie cerebrală.
   E. Macrosechelaritatea encefalopatică sau demenţa infantilă.

34. Retardul motor în paralizia cerebrală infantilă se manifestă prin:
   A. Lipsa diferenţierii motricităţii spontane.
   B. Persistenţa reflexelor fiziologice tranzitorii.
   C. Apariţia precoce a dominanţei laterale.
   D. Instalarea programelor motorii arhaice (medulare).
   E. Lipsa stimulului de creştere a ramurilor neuronale.

35. La vârsta de 3–4 luni, un copil cu dezvoltare normală neuropsihică şi motorie:
   A. Se joacă cu propriile mânuţe.
   B. Se întoarce singur din decubit dorsal în decubit ventral.
   C. Şade.
   D. Pronunţă silabe.
   E. Se ridică în ortostatism, dacă este sprijinit.

36. La vârsta de 1 an, un copil cu dezvoltare normală neuropsihică şi motorie:
   A. Încearcă să se îmbrace singur.
   B. Stă în ortostatism nesprijinit.
   C. Face singur primii paşi.

D. Mănâncă cu lingura.
E. Urcă scara.

37. Microsechelaritatea encefalopatică sau debilitatea motorie (*minimal brain dysfunction*) se manifestă prin:
A. Agnozie vizuală corticală.
B. Tulburări minore de coordonare.
C. Paratonii, sinkinezii.
D. Performanțe motorii întârziate.
E. Instabilitate psihomotorie.

38. Formele clinice de bază ale paraliziei cerebrale infantile se caracterizează prin:
A. Semne minore neurologice, însoțite de instabilitate psihomotorie (uneori, întreaga viață).
B. Mari tulburări de motricitate şi postură.
C. Deficiențe de diverse tipuri şi intensități.
D. Asociere de mişcări involuntare de diverse tipuri.
E. Tulburări de coordonare de tip ataxic.

39. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la diplegia spastică:
A. Este o formă foarte rară de paralizie cerebrală infantilă.
B. Se caracterizează prin tulburări motorii bilaterale, cu accent în picioare, care avansează până la paraplegie.
C. Se întâlneşte mai frecvent la nou-născutul prematur în cadrul encefalopatiilor hipoxico-ischemice.
D. Hemoragia intraventriculară este asociată cu dilatarea ventriculară şi este o cauză frecventă a diplegiei.
E. La nou-născutul în termen fiziologic diplegia este explicată prin leziuni cerebrale parasagitale de origine vasculară, care vor produce scleroza centrolobară.

40. În conformitate cu predominanța uneia din tulburări, în funcție de structurile morfofuncționale afectate, în afară de diplegia spastică se mai descriu următoarele tipuri de paralizii cerebrale infantile:
A. Hemiplegia spastică.
B. Hemiplegia dublă.
C. Forma hipertonică-hipocinetică (sindromul parkinsonian).
D. Forma distonică-diskinetică.
E. Forma cerebeloasă sau ataxică.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cauzele encefalopatiilor şi mielopatiilor perinatale cu perioadele:

Perioada:
a. Prenatală.
b. Natală.
c. Postnatală.

Cauzele:
1. Bolile organelor genitale interne ale mamei.
2. Bolile organelor genitale externe ale mamei.
3. Maladiile infecțioase ale copilului.
4. Traumatismele craniocerebrale ale copilului.
5. Traumatismele obstetricale.
6. Ruperea precoce a pungii amniotice.
7. Stările distrofice ale copilului.
8. Circularele cordonului ombilical în jurul gâtului nou-născutului.
9. Naşterea prematură.

2. Asociați preparatele medicamentoase cu scopul administrării lor în tratamentul traumatismului natal la etapa de maternitate:

Scopul:
a. Preîntâmpinarea continuării hemoragiilor.
b. Combaterea edemului cerebral.
c. Terapia sindromului convulsiv.

Medicația:
1. Sulfat de magneziu.
2. Vicasol.
3. Diacarb.
4. Fenobarbital.
5. Clorură de calciu.
6. Seduxen.
7. Acid ascorbic.
8. Manitol.
9. Plasmă.
10. Oxibutirat de sodiu.
11. Dexametazon.
12. Valproat de sodiu.
13. Rutină.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Deoarece sistemul nervos în dezvoltarea copilului nu prezintă particularități reacționale, abordări principiale, specifice în patogenie, interpretare şi conduită clinico-terapeutică, comparativ cu adultul, în neuropediatrie nu au loc.

2. Cu cât e mai puțin diferențiat țesutul nervos, cu atât e mai primitivă reacția de răspuns.

3. Vascularizarea creierului copilului prematur are particularități speciale, ceea ce determină localizarea periventriculară a modificărilor morfopatologice în diplegia spastică din paralizia cerebrală infantilă.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. A, p. 434. | 1. A, C, D, E, p. 434. | 1. | 1. |
| 2. B, p. 434. | 2. A, B, C, p. 434. | a. 1, 2. | E, p.434. |
| 3. C, p. 434. | 3. A, B, D, E, p. 436. | b. 5, 6, 8, 9. | |
| 4. E, p. 434. | 4. B, C, D, E, p. 436. | c. 3, 4, 7, p. 435–436. | 2. |
| 5. D, p. 434. | 5. A, C, D, E, p. 436. | | A, p.434. |
| 6. D, p. 436. | 6. A, B, D, E, p. 436. | 2. | |
| 7. C, p. 437. | 7. A, B, C, p. 437. | a. 2, 5, 7, 13, p. 447. | 3. |
| 8. A, p. 438. | 8. B, C, D, E, p. 437. | b. 1, 3, 8, 9, 11, p. 447. | A, p.451. |
| 9. E, p. 438. | 9. A, B, C, E, p. 438. | c. 4, 6, 10, 12, p. 448. | |
| 10. A, p. 438. | 10. B, C, D, E, p. 438. | | |
| 11. E, p. 439. | 11. A, B, D, E, p. 439. | | |
| 12. B, p. 439. | 12. B, C, D, E, p. 440. | | |
| 13. D, p. 440. | 13. C, D, E, p. 441. | | |
| 14. C, p. 440. | 14. A, B, C, E, p. 441. | | |
| 15. A, p. 443. | 15. D, E, p. 441. | | |
| 16. E, p. 443. | 16. A, C, D, E, p. 441. | | |
| 17. D, p. 444. | 17. A, B, C, D, p. 442. | | |
| 18. C, p. 444. | 18. A, B, p. 442. | | |
| 19. D, p. 444. | 19. A, B, C, D, p. 442. | | |
| 20. C, p. 445. | 20. A, B, C, D, p. 443. | | |
| 21. B, p. 445. | 21. A, B, C, E, p. 443–444. | | |
| 22. A, p. 446. | 22. A, B, C, E, p. 444. | | |
| 23. D, p. 446. | 23. B, C, p. 445. | | |
| 24. E, p. 449. | 24. B, E, p. 447. | | |
| 25. D, p. 450. | 25. A, B, C, p. 447. | | |
| 26. A, p. 450. | 26. A, B, C, D, p. 447–448. | | |
| 27. B, p. 450. | 27. B, C, D, E, p. 448. | | |
| 28. C, p. 451. | 28. A, B, D, E, p. 448. | | |
| 29. D, p. 451. | 29. A, B, C, D, p. 448. | | |
| 30. A, p. 451. | 30. C, D, E, p. 448–449. | | |
| 31. E, p. 452. | 31. A, B, C, p. 449. | | |
| | 32. A, C, D, E, p. 450. | | |
| | 33. B, C, D, p. 450. | | |
| | 34. A, B, C, p. 450. | | |
| | 35. A, B, p. 450. | | |
| | 36. A, B, C, p. 450. | | |
| | 37. B, C, D, E, p. 450. | | |
| | 38. B, C, D, E, p. 451. | | |
| | 39. B, C, D, E, p. 451. | | |
| | 40. A, B, D, E, p. 451. | | |

# 23. ANOMALIILE CONGENITALE ALE SISTEMULUI NERVOS. SIRINGOMIELIA

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicaţi etiologia malformaţiei (sindromului) Arnold-Chiari:
   A. Necunoscut.
   B. Este consecinţa unui proces infecţios intrauterin.
   C. Se dezvoltă în urma unui traumatism natal.
   D. Este o maladie ereditară cu transmitere autosom-recesivă.
   E. Se consideră că este rezultatul unei ischemii cronice în sistemul vertebro-bazilar.

2. Malformaţia Chiari I se caracterizează prin:
   A. Dislocarea amigdalelor cerebeloase în jos, prin gaura occipitală.
   B. Dereglarea dezvoltării coloanei vertebrale cervicale şi a tegumentelor din această regiune.
   C. Chisturi dermale şi lipoame localizate în regiunea lombosacrată, care comunică cu canalul vertebral prin intermediul sinusurilor dermale.
   D. Concreşterea şi aplatizarea vertebrelor cervicale (uneori şi toracice superioare), ce duce la o diminuare a lungimii gâtului.
   E. Anomalie în dezvoltarea măduvei spinării în regiunea cervicală.

3. Tratamentul impresiunii bazilare congenitale include:
   A. Purtarea unui guler ortopedic special.
   B. Corijarea anomaliei prin proceduri de terapie manuală.
   C. Tracţiuni scheletale ale regiunii vertebrale cervicale superioare.
   D. Laminectomie cu decompresiunea fosei craniene posterioare.
   E. Tratament medicamentos simptomatic şi kinetoterapie.

4. Siringomielia este o afecţiune ce se caracterizează prin apariţia în interiorul măduvei spinării a:
   A. Hemoragiilor spontane (hematomieliei).
   B. Focarelor de inflamaţie aseptică.
   C. Unei cavităţi alungite.
   D. Focarelor de ischemie.
   E. Plăcilor de demielinizare situate în substanţa albă.

5. Se numeşte *hidromielie*:
   A. Cavitatea alungită intramedulară cu localizare în substanţa cenuşie.
   B. Cavitatea alungită intramedulară cu localizare în substanţa albă.
   C. Dilatarea pronunţată a spaţiului medular subarahnoidian.
   D. Edemaţierea medulară idiopatică difuză.
   E. Dilatarea canalului ependimar.

6. Se numeşte *disrafism spinal*:
   A. *Localizarea cavităţii siringomielice înaintea rafeului medular dorsal* (comisurii cenuşii posterioare).
   B. Malformaţia de dezvoltare, cauzată de dereglările de sudare pe linie mediană a ţesuturilor de provenienţă mezo- şi ectodermală.

C. O proliferare glială în cavitatea siringomielică, cu dezvoltarea unui gliom chistic.
D. Asocierea siringomieliei cu impresiunea bazilară.
E. Asocierea siringomieliei cu platibazia.

7. Uneori, siringomielia se poate asocia cu:
A. Anomalia Arnold-Chiari.
B. Sindromul *filum terminale* dur.
C. Mielodisplazia.
D. Sindromul Klippel-Feil.
E. Impresiunea bazilară.

8. Debutul clinic al siringomieliei este:
A. Brusc.
B. Insidios.
C. Subit.
D. Acut.
E. Treptat.

9. Indicaţi vârsta la care de obicei debutează siringomielia:
A. 5–6 ani.
B. 7–10 ani.
C. 11–14 ani.
D. 15–30 ani.
E. 31–35 ani.

10. Care din stările patologice, enumerate mai jos, predomină la sexul masculin?
A. Siringomielia.
B. *Spina bifida oculta*.
C. Diastemomielia.
D. Sindromul Klippel-Feil.
E. Mielodisplazia.

11. Numiţi prima manifestare clinică în evoluţia clinică a siringomieliei:
A. Sindromul senzitiv.
B. Amiotrofia distală.
C. Hiperreflexia osteotendinoasă.
D. Tulburările de continenţă a urinei.
E. Fracturile patologice ale oaselor.

12. Disociaţia siringomielică semnifică:
A. Anestezia termică cu conservarea simţului algic.
B. Păstrarea simţului termic cu deteriorarea simţului algic.
C. Pierderea sensibilităţii tactile şi funcţionarea normală a sensibilităţii vibratorii.
D. Dereglarea simţului mioartrocinetic şi conservarea simţului de discriminare.
E. Pierderea sensibilităţii termice şi dureroase cu conservarea sensibilităţii tactile.

13. Dintre manifestările principale ale disrafismului spinal se întâlnesc mai des:
A. *Spina bifida oculta*.
B. Chisturile dermale.
C. Sindromul *filum terminale* dur.
D. Diastematomielia.
E. Meningocelul.

14. Sindromul Klippel-Feil (sindromul gâtului scurt) este condiționat de:
   A. Lipsa concreşterii arcurilor vertebrale la nivel cervical, uneori şi toracic superior.
   B. Un chist ce proemină din meninge în fisura dintre arcurile vertebrale la nivel cervical.
   C. O cavitate ce provine din măduva spinării, herniată prin arcurile vertebrale neconcrescute, cu conținut displazic al măduvei spinării şi/sau al rădăcinilor şi ganglionilor spinali.
   D. O variantă de lipom cervical, în care țesutul lipomatos se răspândeşte intradural în *spina bifida* şi se interpune intim cu radiculele spinale.
   E. Concreşterea şi aplatizarea vertebrelor cervicale (uneori şi toracice superioare).

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Sindromul Arnold-Chiari:
   A. Este o anomalie de dezvoltare a rombencefalului.
   B. Este o deformație a bazei osului occipital.
   C. Este o turtire a bazei craniului cu deschiderea unghiului format de linia frontoselară şi axul apofizei bazilare.
   D. Uneori, se asociază cu anomalii de dezvoltare a oaselor bazei craniului.
   E. Uneori, se asociază cu anomalii de dezvoltare a regiunii cervicale.

2. Noțiunea anatomică de rombenecefal cuprinde:
   A. Bulbul rahidian.
   B. Puntea Varolio.
   C. Mezencefalul.
   D. Diencefalul.
   E. Cerebelul.

3. Numiți tipurile malformațiilor Arnold-Chiari:
   A. I.
   B. II.
   C. III.
   D. IV.
   E. V.

4. Malformația Arnold-Chiari de tipul II se manifestă prin:
   A. Protruzia vermisului cerebelului, medulei oblongate şi formațiunilor ventriculului IV în porțiunile superioare ale canalului spino-cerebral.
   B. Mielomeningocele în regiunea lombosacrată.
   C. Hidrocefalie internă necomunicantă, care măreşte lent presiunea superioară şi împinge treptat rombencefalul prin gaura occipitală.
   D. Dificultăți sau blocaje în circulația lichidului cefalorahidian din sistemul ventricular în spațiile pericerebrale.
   E. Afazie amnestică.

5. În malformația Chiari I sunt posibile următoarele manifestări:
   A. Lipsa oricărei simptomatologii clinice.
   B. Dureri în regiunile suboccipitală, cervicală şi în membrele superioare, ce cresc în intensitate la mişcările capului.
   C. Tetrapareză spastică.

D. Ataxie, disfagie.
E. Dereglări oculomotorii.

6. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la malformația Chiari II:
   A. Se depistează la vârsta de 40–50 de ani.
   B. Se manifestă prin meningomielocele.
   C. Se instalează o parapareză spastică inferioară, cu semne patologice.
   D. Se manifestă prin ataxie pronunțată în membrele inferioare, cu implicarea ulterioară în proces şi a membrelor superioare, la fel şi prin apariția nistagmusului.
   E. Se observă o atrofie a hemilimbii, slăbiciunea muşchilor sternocleidomastoidian şi trapez.

7. Nistagmusul „cu bătaia în jos" are următoarele caracteristici:
   A. Apare la privirea în sus.
   B. Are origine spinală; apare ca rezultat al compresiunii regiunii cervicale superioare.
   C. Este propriu anomaliei Chiari I.
   D. Este propriu anomaliei Chiari II.
   E. Se manifestă în mai multe patologii ale regiunii cranio-vertebrale.

8. Investigațiile complementare optimale în diagnosticul malformației Arnold-Chiari sunt:
   A. Tomografia computerizată.
   B. Rezonanța magnetică nucleară.
   C. Mielografia.
   D. Electromiografia.
   E. Potențialele evocate motorii.

9. Tratamentul chirurgical al malformației Arnold-Chiari respectă următoarele principii:
   A. Indicația pentru tratamentul chirurgical apare în cazul prezenței semnelor neurologice şi progresării lor.
   B. Se efectuează decompresiunea fosei craniene posterioare şi a regiunii cervicale superioare.
   C. Se realizează sub controlul potențialelor evocate motorii (prin stimulare magnetică transcraniană).
   D. Accesul se realizează prin craniotomie pterională.
   E. Se realizează sub anestezie locală, pentru a avea un contact permanent cu bolnavul în timpul operației.

10. Impresiunea bazilară este o deformație a bazei osului occipital, ce se caracterizează prin înfundarea în fosa craniană posterioară a:
    A. Părții bazilare a osului occipital.
    B. Maselor laterale ale osului occipital.
    C. Solzului osului occipital.
    D. Apofizei dințate a axisului.
    E. Sinusului cerebral sagital inferior.

11. Formele dobândite ale impresiunii bazilare apar ca rezultat al:
    A. Rahitismului.
    B. Infecțiilor intrauterine.

C. Osteodistrofiei deformante Paget.
D. Hiperparatiroidozei.
E. Osteogenezei incomplete.

12. În patogenia impresiunii bazilare pot fi menționați următorii factori:
A. Rezultă o invaginare a găurii occipitale (invaginarea bazilară) şi strâmtorarea etajului cerebral posterior.
B. Are loc o dislocare cronică şi compresiunea trunchiului cerebral.
C. Se comprimă regiunea cervicală superioară a măduvei spinării şi rădăcinile adiacente.
D. Are loc inflamația aseptică a sinusului cranian transversal.
E. Are loc compresiunea vaselor supleante ale măduvei spinării şi trunchiului cerebral.

13. Uneori, impresiunea bazilară se asociază cu:
A. Malformația Chiari I.
B. Malformația Chiari II.
C. Sinostoza vertebrelor cervicale.
D. Occipitalizarea atlantului (fuzionarea atlantului cu craniul).
E. Platibazia.

14. Tabloul clinic al impresiunii bazilare se compune din:
A. Tetrapareză spastică progresivă.
B. Atrofie a limbii şi disfagie.
C. Ataxie, nistagmus „cu bătaie în jos".
D. Cefalee cervicogenă.
E. Dereglări de ritm cardiac.

15. Radiograma de profil a regiunii cervicale superioare şi regiunii orificiului occipital mare în impresiunea bazilară relevă:
A. Dislocarea amigdalelor cerebeloase în jos prin gaura occipitală.
B. Proiecția apofizei dentare pe *fossa cranii* posterioară.
C. Protruzia vermisului cerebelului, medulei oblongate şi formațiunilor ventriculului IV în porțiunile superioare ale canalului spinocerebral.
D. Proiectarea apofizei dințate mai sus de linia Chamberlain (linia ce uneşte porțiunea posterioară a palatului dur cu partea posterioară a orificiului occipital mare).
E. Hidrocefalie internă necomunicantă.

16. Care dintre anomaliile congenitale şi dobândite, enumerate mai jos, comportă mecanisme fiziopatologice similare din partea sistemului nervos?
A. Sindromul Chiari.
B. Osul odontoideum.
C. Dislocarea atlantoaxială posttraumatică.
D. Platibazia.
E. Dislocarea atlantoaxială din boala Bechterew.

17. Anomaliile congenitale şi dobândite ale regiunii occipito-cervicale imită clinica:
A. Mielitei transversale de localizare cervicală.
B. Sclerozei multiple.
C. Flebitei sinusului cranian transversal.

D. Tumorii cranio-spinale.
E. Insuficienței vertebro-bazilare.

18. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la platibazie:
A. Este o turtire a bazei craniului cu deschiderea unghiului format de linia fronto-selară şi axul apofizei bazilare.
B. Poate rezulta din împingerea în sus a lamei bazilare într-o impresiune bazilară.
C. Nu este identică cu impresiunea bazilară.
D. Se consideră că este cauzată de un defect al tubului neural din stadiul embrionar.
E. Se asociază cu mielomeningocele în regiunea lombosacrală.

19. Indicați caracteristicile şi localizarea cavității siringomielice:
A. Are formă alungită.
B. Se dezvoltă în substanța cenuşie – în porțiunea ei intermediară.
C. În aproape toate cazurile este plasată înapoia canalului ependimar şi spre baza coarnelor posterioare.
D. Comunică cu cisterna cerebrală mare.
E. Se întinde pe mai multe metamere medulare şi adesea se prelungeşte, la unul sau la ambele capete, printr-un fascicul glial.

20. Selectați enunțurile corecte referitoare la etiopatogenia siringomieliei:
A. Nu este complet cunoscută.
B. Se presupune că boala ar fi datorată unui defect structural în stadiul embrionar.
C. Are origine nontraumatică.
D. Apare în rezultatul unei leziuni medulare vasculare.
E. Este rezultatul unui proces medular infecțios cu ramolire cavitară consecutivă.

21. Cele mai frecvente tipuri topografice ale siringomieliei sunt:
A. Cervical.
B. Toracic superior.
C. Toracic mediu.
D. Bulbar.
E. Lombosacrat.

22. În funcție de structurile medulare atinse de cavitate, simptomele clinice în siringomielie se grupează în următoarele sindroame:
A. Pseudotabetic.
B. Poliomielic.
C. Motor.
D. Senzitiv.
E. Vegetativ.

23. Care îmbinări sunt folosite în descrierea hipotrofiei musculare a mâinii din siringomielie?
A. Mână simiană.
B. Mână „în gheară" (mână cubitală).
C. Mână „de predicator".
D. Mână de mamoş.
E. Mână „de schelet".

24. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la semnele de neuron motor central din siringomielie:
  A. Apar hipotrofii musculare, predominant distale, asimetrice, cu progresie lentă.
  B. Sunt mai tardive şi mai discrete decât în scleroza laterală amiotrofică.
  C. Sunt produse de progresiunea gliozei cavitare, care împinge în părți fasciculele piramidale.
  D. Hiperreflexie osteotendinoasă prin dezinhibarea reflexelor metamerice.
  E. Contractură piramidală, semnul Babinski pozitiv.

25. Cele mai importante şi caracteristice manifestări senzitive în siringomielie sunt semnele de suferință ale sensibilității:
  A. Termice.
  B. Tactile.
  C. Vibratorii.
  D. Mioartrocinetice.
  E. Algice.

26. Leziunile neuronilor vegetativi din coarnele medulare laterale în siringomielie pot cauza:
  A. Tulburări trofice. Tulburări cutanate şi subcutanate. Tulburări osteo-articulare.
  B. Tulburări vasomotorii cu diferite localizări.
  C. Tulburări sfincteriene.
  D. Sindromul Claude Bernard-Horner.
  E. Sindroame extrapiramidale.

27. În siringobulbie pot să apară următoarele manifestări clinice:
  A. Tulburări de deglutiție şi de fonație.
  B. Atrofia limbii. Paralizie mimică periferică.
  C. Anestezia feței.
  D. Nistagmus. Sindromul Claude Bernard-Horner.
  E. Dereglări oculomotorii.

28. Formele principale ale disrafismului spinal sunt:
  A. Siringobulbia.
  B. Meningocelul.
  C. Mielomeningocelul.
  D. Lipomielomeningocelul.
  E. Formele oculte.

29. Formele oculte ale disrafismului spinal includ:
  A. *Spina bifida oculta.*
  B. Chisturi dermale.
  C. Sindromul *filum terminale* dur.
  D. Diastematomielia.
  E. Sindromul Sturge-Weber.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Cavitatea siringomielică se dezvoltă în substanța albă a măduvei spinării. Astfel, simptomele clinice în siringomielie sunt expresia distrugerilor structurilor nervoase în plan longitudinal şi transversal.

2. Dezvoltarea cavității siringomielice de la vârful coarnelor medulare anterioare spre baza lor, la nivelul $C_8$–$D_1$, determină faptul că în siringomielie leziunile motorii interesează muşchii distali ai extremităților superioare – flexorii (conform dispoziției neuronilor motori periferici din coarnele anterioare).

3. Deoarece sensibilitatea tactilă se vehiculează prin măduva spinării pe două căi – calea încrucişată (care apoi ascensionează prin fasciculul spino-talamic lateral) şi cea directă (cordoanele medulare posterioare) – dereglările de sensibilitate tactilă în siringomielie sunt mult mai discrete decât tulburările de sensibilitate algică şi termică.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | IV. |
|---|---|---|
| 1. A, p. 453. | 1. A, D, E, p. 453. | 1. D, p. 456. |
| 2. A, p. 453. | 2. A, B, E, p. 453. | 2. D, p. 456. |
| 3. D, p. 454. | 3. A, B, p. 453. | 3. A, p. 457. |
| 4. C, p. 455. | 4. A, C, D, p. 453. | |
| 5. E, p. 455. | 5. A, B, C, D, p. 453. | |
| 6. B, p. 455, 458. | 6. B, C, D, E, p. 453. | |
| 7. A, p. 455. | 7. B, C, D, E, p. 453. | |
| 8. B, p. 456. | 8. A, B, p. 453. | |
| 9. D, p. 456. | 9. A, B, p. 453. | |
| 10. A, p. 456. | 10. A, B, C, D, p. 454. | |
| 11. A, p. 457. | 11. A, C, D, E, p. 454. | |
| 12. E, p. 457. | 12. A, B, C, E, p. 454. | |
| 13. A, p. 459. | 13. C, D, E, p. 454. | |
| 14. E, p. 460–461. | 14. A, B, C, D, p. 454. | |
| | 15. B, D, p. 454. | |
| | 16. A, B, C, E, p. 454. | |
| | 17. B, D, p. 454. | |
| | 18. A, B, C, p. 454–455. | |
| | 19. A, B, C, E, p. 455 şi 456. | |
| | 20. A, B, D, E, p. 455. | |
| | 21. A, D, E, p. 456. | |
| | 22. C, D, E, p. 456. | |
| | 23. A, B, C, E, p. 456. | |
| | 24. B, C, D, E, p. 457. | |
| | 25. A, E, p. 457. | |
| | 26. A, B, C, D, p. 458. | |
| | 27. A, B, C, D, p. 458. | |
| | 28. B, C, D, E, p. 459. | |
| | 29. A, B, C, D, p. 459. | |

# 24. BOLILE EREDITARE ŞI DEGENERATIVE ALE SISTEMULUI NERVOS

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Cele mai răspândite boli ereditare sunt:
   A. Bolile moleculare.
   B. Bolile musculare.
   C. Bolile neuromusculare.
   D. Ataxiile ereditare.
   E. Facomatozele.

2. Cel mai des, encefalopatia ereditară metabolică se întâlneşte în:
   A. Cistinurie.
   B. Albinism.
   C. Alcaptonuirie.
   D. Histidinemeie.
   E. Fenilcetonurie.

3. Urina şi sudoarea în fenilcetonurie au miros specific de:
   A. Iepure.
   B. Cârtiță.
   C. Vită.
   D. Şobolan.
   E. Şoarece.

4. Pentru a preveni deteriorarea intelectuală în fenilcetonurie, dietoterapia trebuie începută până la vârsta de:
   A. 3 luni.
   B. 5 luni.
   C. 6 luni.
   D. 8 luni.
   E. 1 an.

5. Boala Refsum (leucodistrofie, defect al metabolismului lipidic) se soldează cu acumularea în exces a:
   A. Sfingomielinei.
   B. Celulelor Gaucher în măduva osoasă.
   C. Acidului fitanic.
   D. Pigmentului brun sau verzui în globul palid şi *locus niger*.
   E. Gangliozidului $Gm_2$.

6. Care din bolile ereditare, enumerate mai jos, face parte din tulburările metabolice ale glucidelor?
   A. Maladia Nimann-Pick.
   B. Galactozemia.
   C. Maladia Gaucher.
   D. Maladia They-Sacks.
   E. Boala Refsum.

7. În degenerescența hepatocerebrală (maladia Wilson-Konovalov) elementul patogenic principal este:
   A. Defectul ereditar de dezvoltare a nucleului lentiform.
   B. Deficitul de ceruloplasmină.
   C. Absența enzimei L-xilulozei.
   D. Absența enzimei fructozo-1-6-difosfataldolazei.
   E. Absența enzimei galactozo-1-fosfaturidiltransferazei.

8. Clinic, în majoritatea cazurilor, degenerescența hepatocerebrală (maladia Wilson-Konovalov) se manifestă la vârsta de:
   A. 3–4 ani.
   B. 5–7 ani.
   C. 8–9 ani.
   D. 10–25 ani.
   E. După 30 de ani.

9. Care din manifestările depistate la examenul oftalmologic, enumerate mai jos, este un semn important în diagnosticul degenerescenței hepatocerebrale (maladiei Wilson-Konovalov)?
   A. Glaucomul.
   B. Decolorarea (paliditatea) jumătății temporale a papilei nervului optic.
   C. Atrofia secundară (sură) a papilei nervului optic.
   D. Inelul Kayser-Fleischer.
   E. Sindromul Foster-Kennedy.

10. Manifestarea clinică principală în mioplegia congenitală paroxismală Westfall este:
   A. Accesul de paralizie flască intermitentă.
   B. Accesul epileptic tonico-clonic generalizat.
   C. Accesul de isterie.
   D. Atacul de panică, însoțit de spasm carpo-pedal.
   E. Paroxismul de fatigabilitate musculară patologică.

11. Indicați grupul de maladii ereditare metabolice cu afectarea predominantă a țesutului conjunctiv:
   A. Gangliozidozele.
   B. Mucopolizaharidozele.
   C. Lipidozele plasmatice.
   D. Leucodistrofiile.
   E. Tulburările metabolismului mineral.

12. Primul simptom al distrofiei musculare progresive juvenile (forma centurilor) este:
   A. Dificultatea la mers (mersul devine legănat).
   B. Lordoza lombară accentuată.
   C. Ridicarea specifică în picioare a bolnavului de pe podea.
   D. O atrofie musculară cu predominanță în mușchii proximali ai brațelor.
   E. Deplasarea sub formă de „aripi" a brațelor.

13. Cauza frecventă a decesului în distrofia musculară pseudohipertrofică Duchenne:
   A. Infarctul miocardic.
   B. Accidentul vascular cerebral hemoragic.
   C. Bolile intercurente pulmonare.

D. Infecțiile ascendente uro-genitale.
E. Depresia (urmată de suicid).

14. Gena responsabilă de distrofia musculară facio-scapulo-humerală Landuzi-Dejerine a fost identificată pe cromozomul:
A. 15.
B. 21.
C. 4.
D. 6.
E. 9.

15. Mecanismul patogenic în miastenia gravă este determinat de:
A. Producerea anticorpilor împotriva receptorilor de acetilcolină.
B. Defectul genetic de sintetizare a acetilcolinei.
C. Agenezia receptorilor de acetilcolină.
D. Anomalia ereditară de dezvoltare a membranei postsinaptice.
E. Lipsa enzimei acetilcolinesteraza.

16. Care din organele enumerate nu evoluționează obişnuit în miastenia gravă?:
A. Glanda parotidă.
B. Timusul.
C. Pancreasul.
D. Suprarenalele.
E. Hipofiza.

17. Scăderea forței musculare după contracții repetate are loc în:
A. Miopatia distală Hoffman Neville.
B. Distrofia musculară oculară şi oculo-faringiană.
C. Miotonia congenitală Thomsen.
D. Distrofia miotonică (boala Steinert).
E. Miastenia gravă.

18. Care din maladiile ereditare, enumerate mai jos, cu vârsta, nu progresează, ci dimpotrivă, regresează treptat?
A. Amiotrofia spinală Werdnig-Hoffmann.
B. Miatonia Oppenheim.
C. Miastenia ereditară.
D. Distrofia musculară facio-scapulo-humerală Landuzi-Dejerine.
E. Distrofia musculară pseudohipertrofică Duchenne.

19. În pofida diversității clinice a atrofiilor spinale moştenite, toate formele sunt legate de un singur locus pe cromozomul:
A. 1q.
B. 2q.
C. 3q.
D. 4q.
E. 5q.

20. Cea mai frecventă formă a maladiei neuronului motor este:
A. Maladia Werdnig-Hoffmann.
B. Atrofia musculară spinală Kugelberg-Welander.

C. Maladia Aran-Duchenne.
D. Scleroza laterală amiotrofică Charcot.
E. Eredoataxia spino-cerebeloasă Friedreich.

21. Un semn extrem de relevant al sclerozei laterale amiotrofice Charcot este:
A. Dizartria.
B. Tulburările sensibilității algice („ciorapi" și „mănuși").
C. Fasciculațiile musculare.
D. Abolirea reflexului rotulian bilateral.
E. Tulburarea de continență a urinei.

22. Majoritatea pacienților cu scleroză laterală amiotrofică au vârsta cuprinsă între:
A. 10 și 15 ani.
B. 15 și 20 de ani.
C. 20 și 25 de ani.
D. 25 și 45 de ani.
E. 50 și 70 de ani.

23. Un rol important în stabilirea diagnosticului de scleroză laterală amiotrofică are:
A. Electromiografia (EMG).
B. Electroencefalografia (EEG).
C. Ultrasonografia Doppler.
D. Tomografia computerizată.
E. Rezonanța magnetică nucleară.

24. S-a demonstrat în triajuri clinice că durata de supraviețuire a pacienților cu scleroză laterală amiotrofică poate fi extinsă prin administrare de:
A. Metilprednisolon.
B. Rilutek (Rilusole).
C. Rebif.
D. Copaxon.
E. Avonex.

25. Paraplegia spastică ereditară Strümpell debutează cu:
A. Dificultăți la mers, determinate de slăbiciunea membrelor inferioare.
B. Exagerarea reflexelor osteo-tendinoase.
C. Retard psihomotor.
D. Ataxie cerebeloasă.
E. Tulburări ale sensibilității profunde.

26. Boala Parkinson debutează la vârsta de:
A. 10–20 de ani.
B. 20–30 de ani.
C. 40–50 de ani.
D. 60–70 de ani.
E. 70–80 de ani.

27. Care preparat folosit în tratamentul bolii Parkinson este dopaminmimetic?
A. Alcaloizi de belladonna.
B. Romparkin.
C. Levodopa.

D. Bromocriptina.
E. Amantadina.

28. Care din maladiile ereditare ale sistemului extrapiramidal, enumerate mai jos, se ameliorează la ingerarea de alcool sau la administrare de propranolol:
A. Boala Parkinson.
B. Coreea Huntington.
C. Distonia de torsiune.
D. Tremorul esențial.
E. Paralizia supranucleară progresivă Steele-Richardson-Olszewski.

29. Simptomul cardinal în torticolis este:
A. Postura distonică a trunchiului corpului.
B. Mişcările involuntare de tip coreic.
C. Devierea capului într-o parte, cu înclinarea şi rotirea lui în sens opus.
D. „Ezitarea de start" la inițierea mersului.
E. Poziția ridicată a capului bolnavului în decubit dorsal – „perna psihică".

30. Prezența facoamelor (tumori retiniene) la examenul fundului de ochi este un semn patognomonic pentru maladia:
A. Scleroza tuberoasă Bourneville.
B. Neurofibromatoza Recklinghausen.
C. Angiomatoza encefalo-trigeminală Sturge-Weber.
D. Ataxia (telengiectazia) Louis-Bar.
E. Angiomatoza cerebro-retiniană Hippel-Lindau.

31. Neurofibromatoza Recklinghauzen este:
A. O blastomatoză, mai des întâlnită la sexul masculin şi cu caracter genetic.
B. O displazie, caracterizată prin pete cutanate pigmentate şi tumorale benigne, situate în țesutul cutanat sau/şi în cel perineural (neurofibroame).
C. O afecțiune ereditară, manifestarea caracteristică a căreia este existența hemangioamelor capilare sau cavernoase.
D. O tulburare ereditară manifestată prin degenerări cerebeloase progresive şi leziuni vasculare cutanate.
E. O boală ereditară, caracterizată prin hemangioblastoame retiniene şi cerebeloase.

32. Intracranian, în neurofibromatoza Recklinghausen cel mai des se poate întâlni:
A. Adenomul hipofizar.
B. Meningeomul parasagital.
C. Malformația Arnold-Chiari.
D. Anevrismul de arteră comunicantă anterioară.
E. Neurinomul de acustic cu localizare ponto-cerebeloasă.

33. Deseori, prima manifestare neurologică în angiomatoza encefalo-trigeminală Sturge-Weber este:
A. Cecitatea optică brusc instalată.
B. Sindromul pseudobulbar.
C. Hemilimba geografică.
D. Criza epileptică focală.
E. Criza de nevralgie trigeminală.

34. Manifestarea clinică caracteristică a angiomatozei encefalo-trigeminale Sturge-Weber:
   A. Formațiunile tumorale cutanate de diverse mărimi, ce se plasează pe traiectul nervilor periferici.
   B. Tulburările cutanate sub formă de hipertrihoză, hemolimfangioame, mici lipoame.
   C. Hipertrofia glandelor sebacee în asociere cu teleangiectazii.
   D. Hemangioamele capilare sau cavernoase localizate în teritoriul cutanat al nervului trigemen, cu posibilă extindere în leptomeninge.
   E. Hiperostoze ale boltii craniene, îngroşări şi formațiuni chistice ale oaselor metatarsiene, asociate cu diferite malformații osoase sub formă de scolioză, poli- şi sindactilie, *spina bifida* etc.

35. Includerea ataxiei (telangiectaziei) Louis-Bar printre sindroamele neurocutanate (facomatoze) se datorează:
   A. Transmiterii autosomal-recesive a bolii, gena fiind localizată pe cromozomul 11q223-q23.
   B. Prezenței unei degenerări cerebeloase progresive în asociere cu leziunile vasculare cutanate.
   C. Prezenței deficitului de imunoglobuline, ceea ce favorizează infecțiile recurente.
   D. Ataxiei spino-cerebeloase cu dereglări ale sensibilității profunde.
   E. Petelor cutanate pigmentate şi dermatitei seboreice în asociere cu hipogonadismul.

36. Angiomatoza cerebro-retiniană Hippel-Lindau se caracterizează prin:
   A. Hemangioblastoame retiniene şi cerebeloase.
   B. *Naevus* facial asociat cu atingere de lobi cerebrali frontali şi parietali.
   C. Depozite intracerebrale de calciu, depistate prin craniografie.
   D. Cecitate optică secundară unui glaucom, în asociere cu sindromul de lob frontal.
   E. Telangiectazie conjunctivală în asociere cu crize epileptice parțiale şi parțial-generalizate.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Bolile ereditare se împart în următoarele grupe mari:
   A. Patologie perinatală.
   B. Afecțiuni congenitale.
   C. Boli moleculare.
   D. Boli cromozomiale.
   E. Anomalii de transformare.

2. Din grupa aminoacidopatiilor se întâlnesc mai des şi sunt mai bine studiate:
   A. Fenilcetonuria.
   B. Histidinemia.
   C. Tirozinozele.
   D. Alcaptonuria.
   E. Albinismul.

3. Indicați verigile principale ale patogeniei fenilcetonuriei:
   A. Lipsa de activitate a enzimei fenilalanin-4-hidroxilazei.
   B. Defect de histidindezaminază cu dereglarea transformării histidinei în acid urocanic.
   C. Creşterea fenilalaninei în serul sanguin.
   D. Metaboliții fenilalaninei sunt produşi excesiv şi eliminați în cantitate mare.
   E. Se remarcă excreția excesivă de acizi hidroxifenilpiruvic şi hidroxifenilacetic.

4. În lipidozele cele mai cunoscute (Gaucher, Nimann-Pick, Tey-Sachs) predomină următoarele manifestări clinice:
   A. Obezitatea.
   B. Hepato-splenomegalia.
   C. Insuficiența renală cronică.
   D. Retardarea mentală.
   E. Sindromul neurologic.

5. Manifestările neurologice în degenerescența hepatocerebrală (maladia Wilson-Konovalov) includ:
   A. Deteriorarea intelectuală şi retardarea mentală.
   B. Semnele extrapiramidale: rigiditatea, mişcările atetozice, tremuráturile în repaus sau în mişcare.
   C. Disartria.
   D. Mononevritele multiple.
   E. Polineuropatia, predominant motorie.

6. Paralizia din mioplegia congenitală paroxismală Westfall survine mai ales:
   A. Dimineața, la trezire.
   B. Ziua, după prânz.
   C. În a doua jumătate a zilei.
   D. Seara, după cină.
   E. Noaptea.

7. Tulburările metabolismului porfirinei se manifestă prin:
   A. Hiperbilirubinemie indirectă, dar nehemolitică.
   B. Icter.
   C. Simptome abdominale.
   D. Simptome cutanate.
   E. Dereglări ale sistemului nervos.

8. Alegeți manifestările patognomonice ale dereglărilor metabolismului porfirinei:
   A. Polineuropatie axonală.
   B. Comportament psihotic şi convulsii.
   C. Dermatită hiperpigmentară cu excavații epidermice.
   D. Culoarea roşiatică a urinei, care se intensifică după expunere la soare.
   E. Deformarea cutiei toracice (piept „de găină").

9. Care expresii se folosesc la descrierea manifestărilor clinice în distrofiile musculare progresive?
   A. Mers legănat „de rață".
   B. Omoplați „aripi" (*scapulae alatae*).
   C. Buză „de tapir".

D. Față „de pasăre".
E. Piept „de găină".

10. În miotonia congenitală Thomsen sunt posibile următoarele manifestări clinice:
A. Decontracție lentă a muşchilor contractați voluntar.
B. Aspect atletic, herculean.
C. Forță musculară crescută.
D. Reflexe osteotendinoase diminuate, apoi abolite.
E. Boala este mai accentuată la căldură şi se ameliorează la frig.

11. Simptomele de debut în distrofia miotonică (boala Steinert):
A. Dereglările oculomotorii.
B. Sindromul amiotrofic.
C. Scăderea forței în mâini.
D. Dificultățile de mers.
E. Fasciculațiile.

12. Simptomele de debut cele mai frecvente în miastenia gravă sunt:
A. Imposibilitatea de a urca scările.
B. Dereglările de respirație.
C. Pareza mimică.
D. Diplopia.
E. Ptoza.

13. În procesul de diagnostic al miasteniei grave vor fi incluse următoarele compartimente:
A. Examenul titrului seric de anticorpi anti-receptori colinesterazici (anti-AchR).
B. Proba cu prozerină.
C. Tomografia computerizată a mediastinului (pentru decelarea eventualului timom).
D. Examenul electromiografic (*jitter*-ul, decrementul).
E. Examenul sângelui la conținut de kreatininfosfokinază (KFK).

14. Indicați măsurile terapeutice utilizate în tratamentul miasteniei grave:
A. Administrarea anticolinesterazicelor (prozerină, calimină).
B. Timomectomie.
C. Preparate biostimulatoare (aloe, FIBS, gumizol).
D. Tratament imunosupresor (corticosteroizi, azotioprină).
E. Plasmafereză.

15. În amiotrofia neurală Charcot-Marie-Tooth pot fi observate următoarele manifestări clinice:
A. Debutează cu crampe, fasciculații în muşchii gambei.
B. Deficitul motor apare mai ales la musculatura distală a picioarelor, determinând mersul stepat.
C. Atrofia muşchilor piciorului determină aspectul de „picior de barză".
D. Reflexele osteotendinoase diminuează sau dispar.
E. Maladia este determinată predominant de suferința coarnelor medulare anterioare.

16. Modificările electromiografice în scleroza laterală amiotrofică constau în înregistrarea:
A. Potențialelor de fibrilații.
B. Potențialelor de fasciculații.
C. Undelor pozitive ascuțite.
D. Potențialelor de unități motorii majorate în amplitudine, durată şi număr de faze.
E. Fuselor miotonice şi miochimiilor.

17. Eredoataxia spino-cerebeloasă Friedreich reprezintă o scleroză medulară degenerativă, care implică următoarele sindroame majore:
A. Asteno-depresiv.
B. Ataxia cerebeloasă.
C. Sindromul piramidal.
D. Sindromul hiperkinetic.
E. Ataxia tabetică.

18. În cadrul unor familii există o coincidență a eredoataxiei spino-cerebeloase Friedreich cu:
A. Dissomnia fatală familială.
B. Maladia Pierre-Marie.
C. Sindromul Roussy-Levy.
D. Forme latente de boală (picior scobit sau areflexie oșteotendinoasă).
E. Cecitate cohleară.

19. Fenomenele ataxice în eredoataxia spino-cerebeloasă Friedreich se evidențiază prin:
A. Probe cerebeloase indice-nas şi călcâi-genunchi.
B. Oscilații ale capului şi trunchiului.
C. Verticalitate compromisă.
D. Hiperkineze de tipul „număratul monedelor", „rostogolirea pilulelor".
E. Pareză mimică tip periferic, bilaterală.

20. Alegeți enunțurile corecte referitoare la eredoataxia cerebeloasă spastică (boala Marie):
A. Face parte din grupul aşa-numitor ataxii non-Friedreich.
B. Vârsta de debut a bolii este de peste 20 de ani.
C. Clinic, se manifestă prin ataxie, spasticitate, atrofie optică.
D. Evoluția este lent progresivă.
E. Deseori, are loc o regresie spontană cu vindecare completă.

21. Clinic, în eredoataxia amiotrofică Roussy-Levy se evidențiază:
A. O ataxie a stațiunii verticale şi a mersului.
B. Atrofii musculare cu caracter distal în muşchii mâinilor şi ai gambleor.
C. Fasciculațiile sunt un semn extrem de relevant.
D. Piciorul deseori ia aspectul de „picior de barză".
E. Reflexele osteotendinoase sunt abolite la membrele inferioare.

22. În atrofia olivo-ponto-cerebeloasă Dejerine-Thomas, ariile de atrofie cerebrală sunt localizate mai ales în:
A. Cortexul cerebral.

B. Cortexul cerebelos.
C. Nucleii pontini.
D. Olive.
E. Conexiunile olivo-cerebeloase.

23. În perioada de stare a bolii Parkinson sunt prezente următoarele simptome principale:
A. Akinezia.
B. Rigiditatea.
C. Tremorul.
D. Râsul şi plânsul sardonic (forţat).
E. Comportamentul de lob frontal.

24. Alegeţi afirmaţiile corecte privind hipertonia musculară la bolnavii cu parkinsonism:
A. Predomină la muşchii extensori.
B. Este plastică, ceroasă.
C. Este însoţită de fenomenul „roată dinţată".
D. Diminuează în repaus şi în timpul somnului.
E. Se accentuează la emoţii şi efort.

25. Indicaţi proprietăţile tremorului parkinsonian:
A. Apare în repaus şi dispare cu ocazia iniţierii unei mişcări voluntare.
B. Are un ritm de 4–6 cicluri pe secundă.
C. Simulează anumite gesturi (număratul monedelor, răsucitul ţigării, rostogolirea unei pilule, baterea tobei, baterea tactului).
D. Se exacerbează paradoxal la administrare de L-dopa şi în timpul somnului.
E. Se accentuează la un efort mintal.

26. Simptomatologia completă a bolii Huntington cuprinde următoarele sindroame cardinale:
A. Tremor psihogen.
B. Mişcări involuntare de tip coreic.
C. Tulburări de tonus muscular (hipotonie).
D. Akinezie paradoxală.
E. Tulburări psihice.

27. Indicaţi afirmaţiile corecte referitoare la tremorul esenţial:
A. Are o frecvenţă de 4–11 cicluri pe secundă.
B. Apare cu predominanţă în porţiunile distale ale membrelor superioare, afectând frecvent şi capul, şi vocea (tremor vocal).
C. Deseori, cu caracter familial.
D. Se accentuează odată cu înaintarea în vârstă.
E. În fiziopatologia maladiei este incriminată ieşirea de sub control a palidului ventral şi a substanţei negre posterioare de sub acţiunea putamenului.

28. Distonia de torsiune se caracterizează prin:
A. Se instalează insidios între 3 şi 15 ani, cu senzaţie de contractură musculară a trunchiului, interesând precoce mersul bolnavului.
B. Postură distonică a trunchiului.
C. Disartrie, grimase, torticolis.

D. În stadii avansate se constată o deteriorare mentală.
E. La vârsta de 40–70 ani poate interveni o vindecare completă.

29. Care dintre următoarele afirmații caracterizează paralizia supranucleară progresivă Steele-Richardson-Olszewski?
A. Este o maladie a copilăriei.
B. Paralizii ale muşchilor oculari, tulburări de postură şi tonus muscular, dificultăți de deglutiție şi fonație, retard mintal.
C. Sunt frecvente căderile ca rezultat al tulburărilor de postură şi ale tonusului axial.
D. Disfagia, la început moderată, se accentuează în evoluția maladiei, reprezentând adesea cauza decesului.
E. Progresiv se instalează demența şi depresia.

30. Torticolisul spasmodic se caracterizează printr-o deviere a capului de partea opusă contracției involuntare a muşchilor:
A. Sternocleidomastoidian.
B. Platisma.
C. Trapez.
D. Deltoid.
E. Splenius.

31. Tratamentul neurochirurgical al torticolisului spasmodic poate da, uneori, rezultate satisfăcătoare prin utilizarea următoarelor variante:
A. Secțiunea nervului spinal.
B. Rizotomia posterioară a primilor trei nervi cervicali.
C. Rizotomia anterioară a primilor trei nervi cervicali.
D. Intervenția stereotaxică privind nucleii ventro-postero-median şi centro-median talamic bilateral.
E. Operația Janetta pe trunchiul nervului accesor.

32. Simptomatologia neurologică în scleroza tuberoasă Bourneville este dominată de:
A. Retardare mentală.
B. Epilepsie.
C. Ataxie senzitivă.
D. Hipertonus muscular extrapiramidal.
E. Amauroză.

33. Tabloul clinic în neurofibromatoza Recklinghausen se poate manifestă prin:
A. Prezența adenomului sebaceu situat în regiunea feței, datorită unei hiperplazii a glandelor sebacee cufundate într-o neoformațiune vasculară.
B. Pete pigmentare cu aspect de „cafea cu lapte”, de dimensiuni variabile, care, cu timpul, se generalizează.
C. Formațiuni tumorale cutanate de diverse mărimi, care se localizează în special pe trunchiul corpului, pe traiectul unor nervi periferici.
D. Sindroame radiculare.
E. Sindrom de compresiune medulară.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați maladiile (sindroamele) cu grupul de referință:

Grupul:
- a. Lipidozele.
- b. Mucopolizaharidozele.

Maladiile (sindroamele):
1. Marphan.
2. Niemann-Pick.
3. Hurler.
4. Hunter.
5. Gaucher.
6. Sanfilippo.
7. They-Sacks.
8. Refsum.
9. Marquio.

2. Grupați maladiile în corespundere cu genericul etiologic la care aparțin:

Grupul:
- a. Bolile ereditare neuromusculare.
- b. Bolile ereditare ale sistemului extrapiramidal.

Maladiile:
1. Amiotrofia neurală Charcot-Marie-Tooth.
2. Atrofia spinală infantilă Werding-Hoffmann.
3. Atrofia spinală Kugelberg-Welander.
4. Atrofia spinală Aran-Duchenne.
5. Boala Parkinson.
6. Scleroza laterală amiotrofică Charcot.
7. Coreea cronică degenerativă Huntigton.
8. Paraplegia spastică ereditară Strümpell.
9. Tremorul esențial.
10. Distonia de torsiune.
11. Paralizia supranucleară progresivă Steele-Richardson-Olszewski.
12. Torticolis spasmodic.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. În martie 2000, a fost descifrat genomul uman, ceea ce i-a făcut pe geneticieni să preconizeze că peste circa 20 de ani, prin corectarea „erorilor ereditare", se vor naște numai copii sănătoși.

2. Distrofia musculară pseudohipertrofică Duchenne se transmite autosomal X-lincat-dominant. Astfel, boala debutează la vârsta de 10–20 ani și se întâlnește la ambele sexe.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. A, p. 462. | 1. C, D, E, p. 462. | 1. | 1. |
| 2. E, p. 464. | 2. A, B, p. 464. | a. 2, 5, 7, 8, | A, p. 462. |
| 3. D, p. 464. | 3. A, C, D, E, p. 464–465. | p. 465–466. | |
| 4. A, p. 465. | 4. B, D, E, p. 465. | b. 1, 3, 4, 6, 9, | 2. |
| 5. C, p. 466. | 5. A, B, C, p. 468. | p. 471–472. | C, p. 472. |
| 6. B, p. 467. | 6. A, E, p. 469. | | |
| 7. B, p. 468. | 7. C, D, E, p. 470. | 2. | |
| 8. D, p. 468. | 8. A, B, C, D, p. 470–471. | a. 1, 2, 3, 4, 6, 8, | |
| 9. D, p. 469. | 9. A, B, C, p. 472–473. | p. 477–481. | |
| 10. A, p. 469. | 10. A, B, D, p. 474. | b. 5, 7, 9, 10, 11, 12, | |
| 11. B, p. 471. | 11. C, D, p. 474. | p. 485–491. | |
| 12. A, p. 472. | 12. D, E, p. 475. | | |
| 13. C, p. 472. | 13. A, B, C, D, p. 475. | | |
| 14. C, p. 473. | 14. A, B, D, E, p. 475–476. | | |
| 15. A, p. 474. | 15. A, B, C, D, p. 477. | | |
| 16. B, p. 474. | 16. A, B, C, D, p. 480. | | |
| 17. E, p. 474. | 17. B, C, E, p. 481. | | |
| 18. B, p. 476. | 18. B, C, D, p. 481. | | |
| 19. E, p. 478. | 19. A, B, C, p. 482. | | |
| 20. D, p. 478. | 20. A, B, C, D, p. 483. | | |
| 21. C, p. 479. | 21. A, B, D, E, p. 484. | | |
| 22. E, p. 478. | 22. B, C, D, E, p. 484. | | |
| 23. A, p. 480. | 23. A, B, C, p. 486. | | |
| 24. B, p. 480. | 24. B, C, D, E, p. 486. | | |
| 25. A, p. 481. | 25. A, B, C, E, p. 486. | | |
| 26. C, p. 485. | 26. B, C, E, p. 488. | | |
| 27. C, p. 488. | 27. A, B, C, D, p. 489–490. | | |
| 28. D, p. 490. | 28. A, B, C, D, p. 490. | | |
| 29. C, p. 491 | 29. B, C, D, E, p. 491. | | |
| 30. A, p. 493. | 30. A, C, E, p. 491. | | |
| 31. B, p. 494. | 31. A, B, C, D, p. 492–493. | | |
| 32. E, p. 494. | 32. A, B, p. 493. | | |
| 33. D, p. 495. | 33. B, C, D, E, p. 494. | | |
| 34. D, p. 495. | | | |
| 35. B, p. 495. | | | |
| 36. A, p. 496. | | | |

# 25. BOLILE ŞI SINDROAMELE VEGETATIVE. CLASIFICAREA PATOLOGIEI VEGETATIVE

## I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Bolile enumerate mai jos reprezintă afecţiuni vegetative generalizate segmentare şi mixte (suprasegmentar-segmentare), cu excepţia:
   A. Maladiei Hirsprung.
   B. Hipotensiunii ortostatice Bradbury-Eggleston.
   C. Atrofiei multisistemice.
   D. Maladiei Charcot-Marie-Tooth.
   E. Disautonomiei familiale (Maladiei Thevenard).
2. Bolile enumerate mai jos reprezintă afecţiuni vegetative de focar, cu excepţia:
   A. Sindromului Claude Bernard-Horner.
   B. Sindromului Pourfour du Petit.
   C. Sindromului Barré-Lieou.
   D. Sindromului Adie.
   E. Maladiei Steinert.
3. Care din manifestările enumerate mai jos deseori este o parte importantă a crizei vegetative?
   A. Spasmul carpo-pedal.
   B. Sincopa neurogenă.
   C. Sindromul Raynaud.
   D. Sindromul de hiperventilaţie.
   E. Eritromelalgia.
4. Tratamentul complex al sindromului de hiperventilaţie se face după aceleaşi principii ca şi tratamentul:
   A. Sincopelor neurogene.
   B. Crizelor vegetative.
   C. Crizelor epileptice.
   D. Migrenei.
   E. Crizelor miastenice.
5. Care afirmaţie defineşte sincopele nictemerale?
   A. Apar la trecerea pacientului din poziţie orizontală în poziţie verticală.
   B. Sunt provocate de mişcările capului, de procesul prizelor alimentare.
   C. Apar la tuse, de obicei în unele maladii respiratorii.
   D. Se manifestă la deglutiţie, prin intensificarea activităţii nervului vag.
   E. Apar, de obicei, noaptea, în timpul actului de micţiune.
6. În conformitate cu criteriile de stabilire a diagnosticului în boală Raynaud, elaborate de E. Ellen şi W. Brown în 1932, durata bolii trebuie să fie de cel puţin:
   A. Două luni.
   B. Trei luni.
   C. Şase luni.

D. Un an.
E. Doi ani.

7. Care din metodele de tratament enumerate poate fi folosită în tratamentul formelor grave ale bolii Raynaud?
   A. Oxibaroterapia.
   B. Iradierea sângelui cu raze ultraviolete.
   C. Plasmafereza.
   D. Chimioterapia.
   E. Iradierea cu raze Roentgen.

8. Principala manifestare clinică a eritromelalgiei sunt:
   A. Accesele de acrocianoză a extremităților inferioare, influențate de emoții sau frig.
   B. Paroxismele de dureri arzătoare în extremitățile distale ale membrelor inferioare în orice condiții de încălzire a bolnavului.
   C. Gangrenele digitale la extremitățile inferioare.
   D. Semnele vasculare şi trofoplegice strict simetrice la extremitățile inferioare.
   E. Accesele de hiperemie a porțiunilor proximale ale extremităților superioare şi feței.

9. Dereglările polisistemice din distonia neuro-vegetativă de stres pot fi observate izolat, timp relativ îndelungat, fiind determinate de următorii factori, cu excepția:
   A. Conflictului intrapsihic (conştient sau inconştient).
   B. Ritmului crescând al vieții.
   C. Suprainformației.
   D. Creşterii ponderii muncii intelectuale.
   E. Surmenării psihice.

10. Actualmente, se consideră că sindromul de bază al tulburărilor vegetative segmentare este:
   A. Insuficiența vegetativă periferică.
   B. Atacul de panică.
   C. Restructurarea hormonală.
   D. Sindromul Raynaud.
   E. Sindromul de hiperventilație.

11. Hipotensiunea ortostatică Bradbury-Eggleston este:
   A. O maladie ereditară, considerată anomalie a cromozomului 9, cu debutul în perioada copilăriei, ce se manifestă prin episoade de hipotensiune ortostatică şi episoade hipoglicemice recidivante, ptoză, flasticitate, determinate de un deficit de sinteză noradrenergică de către suprarenală (insuficiența enzimei dopamin-β-hidroxilaza).
   B. O maladie degenerativă a neuronilor preganglionari simpatici ai tractului intermediolateral toraco-lombar cu denervarea muşchilor netezi şi a glandelor.
   C. O maladie ce se manifestă prin hipotensiune posturală sistolică cu tahicardie, hiperemie a feței şi a extremităților.
   D. O maladie ereditară, moderat progresivă, a cărei manifestare de bază o constituie semnele de atrofie în extremitățile distale ale membrelor inferioare.
   E. O maladie autosomal-dominantă, cu progresie lentă, care clinic se prezintă prin tulburări senzitivo-trofice, acropatii, dureri spontane în membre.

12. Medicamentul de elecție în tratamentul hipotensiunii ortostatice Bradbury-Eggleston este preparatul:
   A. Midordrin (gutron).
   B. Pindolol (visken).
   C. α-fludocortizon (Florinet).
   D. Indometacin.
   E. Eritropoetină.

13. În care din cele cinci tipuri de neuropatii ereditare, cu vârsta, apar scolioza, dereglările gustative, mersul defectuos?
   A. Acropatia ulcero-mutilantă dominantă (maladia Thevenard).
   B. Neuropatia senzitivo-congenitală precoce.
   C. Neuropatia senzitivă.
   D. Disautonomia familială (Riley-Day).
   E. Analgezia congenitală cu anhidroză.

14. Hemiatrofia facială este semnul patognomonic al sindromului:
   A. Claude Bernard-Horner.
   B. Pourfour du Petit.
   C. Parry-Romberg.
   D. Barré-Lieou.
   E. Adie.

15. Principala cauză a sindromului Barré-Lieou este:
   A. Afecțiunea nucleului sau a nervului oculomotor.
   B. Cancerul apexului pulmonar.
   C. Anevrismul aortic.
   D. Adenopatiile cervicale.
   E. Cervicartroza.

16. Sindromul Adie este determinat de:
   A. Degenerescența fibrelor parasimpatice postganglionare ale ganglionului ciliar.
   B. Afectarea concomitentă a plexului simpatic perivertebral şi a nervilor cervicali.
   C. Inhibarea trunchiului simpatic cervical.
   D. Excitarea trunchiului simpatic cervical.
   E. Atrofia emisferei cerebrale omolaterale.

17. În sindromul auriculo-temporal (sindromul Frey, epihidroza parotidiană), în locul reflexului gusto-salivar normal, alimentarea inițiază:
   A. Dereglări de deglutiție pentru solide.
   B. Dereglări de deglutiție pentru lichide.
   C. Un reflex gusto-sudoral.
   D. Un acces de migrenă.
   E. Sughiț intens, rezistent la terapia medicamentoasă.

18. Baza patogenică a maladiei Hirsprung o constituie:
   A. Dilatarea patologică congenitală a intestinului gros.
   B. Modificările histostructurale ale aparatului nervos intramural într-un anumit sector al intestinului gros.
   C. Mutația genei structurale (o deleție sau inserție), responsabilă de formarea embrionară a intestinului gros.

D. Lipsa chemărilor la defecație.
E. Tulburarea procesului de digestie din cauza lipsei (scăderii) peristaltismului gastric.

19. Tratamentul de bază al maladiei Hirsprung:
A. Preparatele atropinice.
B. Platifilina.
C. Dieta.
D. Clistirele, preparatele purgative.
E. Tratamentul chirurgical.

20. Fenomenul „transplant contra gazdei", care poate să apară în transplantarea de organe, este determinat de:
A. Incompatibilitatea în locusul HLA-D.
B. Formarea conflictului intrapsihic şi la dezvoltarea dereglărilor în sfera emoțională.
C. Aferențele masive generate de sistemul nervos vegetativ periferic, direcționate spre structurile cerebrale.
D. Dereglările dintre terminațiile axonale ale organismului-gazdă şi ale țesuturilor transplantului.
E. Modificările histostructurale ale aparatului nervos vegetativ intramural al transplantului.

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Criza vegetativă (atacul de panică) se manifestă prin tulburări vegetative cu componente:
A. Emoțional-afective.
B. Licvoro-dinamice.
C. Epileptice.
D. Comportamentale (frică, panică, alarmă).
E. Cognitive.

2. Medicamentele cele mai eficiente în tratamentul crizei vegetative (atacului de panică) s-au dovedit a fi:
A. Antidepresivele (amitriptilină, melipramină, anafranil (clomipramin), lerivon (mianserin)).
B. Anticonvulsivantele (valproatul de sodiu, carbamazepina, fenobarbitalul, clonazepamul, fenitoina).
C. Benzodiazepinele (clonazepam, alprozolam, relanium).
D. Beta-adrenoblocantele (atenolol, propranolol, metaprolol).
E. Blocatorii canalelor de calciu (nimodipina, nifedipina).

3. Varianta clasică a sindromului de hiperventilație, întâlnită mai ales în stările acute, include:
A. Respirație intensă, forțată.
B. Parestezii.
C. Grețuri, vome.
D. Tetanie.
E. Sughiț.

4. Simptomul clinic care de obicei precedă sincopa neurogenă, numit *aură*, include:
   A. Presimţirea unei neplăceri.
   B. Senzaţii afectiv-vizuale.
   C. Senzaţii afectiv-acustice.
   D. Vertijuri.
   E. Chemări imperioase la micţiune.

5. Se cunosc următoarele clase de stări sincopale:
   A. Neurogene.
   B. Psihogene.
   C. Somatogene (de obicei, cardiogene).
   D. Metabolice.
   E. Nedeterminate.

6. Tratamentul sincopei neurogene în timpul accesului include:
   A. Asigurarea poziţiei orizontale.
   B. Aeraţia locului unde se află bolnavul, înlăturarea factorilor de disconfort.
   C. Stimularea centrului respirator (amoniac, stropirea feţei cu apă etc.);
   D. Terapie simptomatică cu simpaticotonice (mezaton, efedrină, masaj cardiac extern).
   E. Plasmafereză.

7. Diminuarea gradului hiperexcitabilităţii şi reactivităţii neuromusculare în tratamentul pacientului în perioada intersincopală se obţine prin administrarea:
   A. Preparatelor ce influenţează metabolismul calciului (vit. $D_2$ (ergocalciferol), gluconat de calciu, lactat de calciu).
   B. Antidepresivelor (amitriptilină, melipramină, fluoxetină).
   C. Vegetotropelor (beta-adrenoblocanţi, beloid, bellataminal).
   D. Preparatelor de magneziu (lactat de magneziu, asparaginat de magneziu etc.).
   E. Tranchilizantelor (seduxen, relanium, elenium, fenazepam).

8. Boala Raynaud reprezintă o patologie vegeto-vasculară a extremităţilor distale ale membrelor, cu caracter paroxismal, constituită din următoarele faze:
   A. Faza de hiperventilaţie.
   B. Crampe dureroase în muşchii mâinilor şi picioarelor (predominant grupurile distale).
   C. Paloarea şi răcirea degetelor, însoţite de durere.
   D. Apariţia acrocianozei, intensificarea durerii.
   E. Hiperemia membrelor şi dispariţia durerilor.

9. În stadiile avansate ale eritromelalgiei pot apărea:
   A. Sectoare necrotice.
   B. Atrofii cutanate.
   C. Deformări ale degetelor.
   D. Deformări ale membrelor.
   E. Semne piramidale.

10. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la distonia neuro-vegetativă constituţională:
   A. Are un caracter familial-ereditar, cu manifestare permanentă.
   B. Debutează în a treia decadă a vieţii.
   C. Se caracterizează prin nestabilitatea parametrilor vegetativi.

D. Deseori, se asociază cu unele boli organice (Parkinson, hipotonia ortostatică ideopatică, boli degenerative, neuropatii).
E. Sindroamele de bază sunt: psihovegetativ, vegeto-vascular, trofic etc.

11. Analizându-se căile corelativ-integrative ale hipotalamusului, au fost evidențiate următoarele grupe de sindroame:
A. Hipotalamo-hipofizar.
B. Hipotalamic.
C. Adenohipofizar.
D. Hipotalamo-comportamental.
E. Dishormonal.

12. Pacienții cu afecțiuni vegetative asociate cu tetania neurogenă acuză:
A. Parestezii distale, de regulă simetrice (impulsații, amorțeli, senzație de „curent electric", dureri etc.).
B. Senzația „bătăilor de inimă".
C. Transpirație.
D. Frison.
E. Spasme musculare.

13. Activitatea spontană repetitivă în cadrul examenului electromiografic (EMG) al pacientului cu tetanie neurogenă se manifestă prin:
A. Fuse miotonice.
B. Descărcări pseudomiotonice.
C. Duplete.
D. Triplete.
E. Multiplete.

14. Posibilitatea de stabilire a diagnosticului de atrofie multisistemică creşte atunci când:
A. Sindromul Parkinson este rezistent față de tratamentul cu L-dopa.
B. Se instalează tulburări de sensibilitate „ciorapi", „mănuşi".
C. Tulburările vegetative progresează.
D. Apar sindroame alterne de trunchi cerebral.
E. Este prezent sindromul cerebelos sau piramidal.

15. Deficitul de dopamin-β-hidroxilază (maladie ereditară cu debut în perioada copilăriei) se manifestă prin:
A. Dereglări de deglutiție pentru solide.
B. Episoade de hipotensiune ortostatică.
C. Episoade hipoglicemice recidivante.
D. Ptoză.
E. Flasticitate.

16. Hiperbradikininemia familială se manifestă prin:
A. Hipotensiune posturală sistolică cu tahicardie.
B. Anizocorie.
C. Hiperemia feței.
D. Hiperemia extremităților.
E. Hiperglicemie.

17. Manifestările clinice de bază ale maladiei Charcot Marie-Tooth sunt:
   A. Amiotrofiile simetrice, la început în grupul de muşchi extensori şi abductori ai treimii inferioare a piciorului.
   B. Stepajul.
   C. Atrofia muşchilor capului, gâtului, corpului.
   D. Lipsa sau diminuarea reflexelor osteotendinoase; uneori însă, reflexele tendinoase pot fi mărite.
   E. Tulburările de sensibilitate (algice şi termice) şi trofice (edeme, cianoză).

18. Neuropatiile ereditare se caracterizează prin:
   A. Dereglări senzoriale în extremitățile distale ale membrelor.
   B. Formarea de ulcere nedureroase.
   C. Tulburări cerebeloase.
   D. Dureri spontane în zonele afectate.
   E. Tulburări trofice.

19. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la afectarea selectivă a fibrelor mielinice de calibru mic:
   A. Este rezultatul recepționării excesive a stimulilor dureroşi şi termici.
   B. Se întâlnesc mai frecvent în neuropatiile alcoolice, diabetice etc.
   C. Pot să apară dureri spontane.
   D. Printre semnele care însoțesc durerea sunt: accelerarea pulsului, respirației, creşterea TA etc.
   E. Deseori, pacienții mor prin pneumonii aspiratorii.

20. Distrofia simpatică reflectorie are următoarele semne clinice (P.R. Wilson, 1990):
   A. Dureri insuportabile, hiperpatii, alodinii.
   B. Modificări ale temperaturii şi culorii tegumentelor, edem.
   C. Schimbări în creşterea unghiilor şi părului.
   D. Tulburări ale tuturor formelor de sensibilitate.
   E. Apariția erupțiilor ulceroase pe falangele membrelor, până la acropatii (pierderea completă a degetelor).

21. Selectați enunțurile corecte referitoare la pandisautonomia acută pură:
   A. Este o paralizie acută sau subacută, totală sau parțială a funcției vegetative (simpatice sau parasimpatice), cu evoluție reversibilă.
   B. Debutează la orice vârstă.
   C. Începe cu dereglări ale văzului, urmate de disfuncții simpatice: hipotensiune ortostatică, hipo- sau atranspirație; lipsesc reacțiile pupilare, ejacularea.
   D. Pot fi şi disfuncții parasimpatice: alăcrimare, hipo- sau asalivație, lipsesc reacțiile pupilare, aciditatea şi motilitatea gastrointestinală – diminuate, atonii vezicale.
   E. Se asociază cu grave tulburări de motilitate şi sensibilitate.

22. Manifestările clinice ale sindromului Barré-Lieou sunt următoarele:
   A. Cefalee occipitală, asociată cu vertij la întoarcerea capului (fără alte semne vestibulare obiective).
   B. Anosmie (mai ales pentru substanțele aromatice).
   C. Acufene (mai des vâjâituri).
   D. Disfonie.
   E. Tulburări vizuale (episodice).

23. Sindromul Adie se manifestă prin:
   A. Îngustarea moderată a pupilei.
   B. Fotoreacţie diminuată, cu păstrarea reacţiei pupilare la medicamentele cu efect pupilodilatator sau pupiloconstrictor.
   C. Dispariţia reflexelor osteotendinoase.
   D. Constipaţie cronică.
   E. Alopeţii.

24. Sindromul Adie se întâlneşte mai frecvent în:
   A. Miotonii congenitale.
   B. Atrofii progresive musculare.
   C. Unele forme de encefalite.
   D. Neuroborelioză.
   E. *Herpes zoster ophthalmicus.*

25. Sindromul auriculo-temporal (sindromul Frey, epihidroza parotidiană) este un complex de tulburări vegetative în regiunea auriculo-temporală, care se manifestă prin:
   A. Hipersecreţie lacrimală.
   B. Hiperacuzie.
   C. Hiperhidroză.
   D. Hiperemie.
   E. Hiperestezie a pielii.

26. Etiologia sindromului auriculo-temporal (sindromul Frey, epihidroza parotidiană) include:
   A. Chimioterapia, pe motiv de tumori cerebrale maligne.
   B. Cicatrice cauzate de operaţii la glanda tiroidă.
   C. Traumatisme ale glandei parotide.
   D. Supuraţii, oreion al glandei tiroide.
   E. Tumori operate ale glandei tiroide.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociaţi manifestările vegetative suprasegmentare cu grupul de manifestări la care se referă:

Grupul:
a. Paroxistic.
b. Neparoxistic.

Manifestările:
1. Criza vegetativă (atacul de panică).
2. Distonia vegetativă de stres şi/sau nevrotică.
3. Distonia neuro-vegetativă constituţională.
4. Sindromul de hiperventilaţie.
5. Migrenele.
6. Tulburările vegetative asociate cu tetanie neurogenă.
7. Sincopele neurogene.
8. Boala Raynaud.
9. Maladiile neurologice, psihice, somatice şi psihosomatice.
10. Restructurările hormonale (perioadele: pubertate/adolescenţă, climacterică).
11. Eritromelalgia.

2. Realizaţi clasificarea insuficienţei vegetative periferice (IVP) primare şi secundare:

IVP:
a. Primară.
b. Secundară.

Afecţiunile:
1. Afecţiuni endocrine.
2. IVP în asociere cu atrofia multisistemică (sindromul Shy-Drager).
3. IVP în asociere cu manifestările clinice de parkinsonism.
4. Disautonomia familială (Raily-Dey).
5. Maladii de sistem şi autoimune.
6. Afecţiuni metabolice.
7. Intoxicaţii medicamentoase.
8. Afecţiunile structurilor vegetative trunculare, medulare.
9. Afecţiuni carcinomatoase, sindroame paraneoplazice.
10. Afecţiuni infecţioase.
11. Insuficienţă vegetativă idiopatică (izolată, „genuină", sindromul Bradbury-Eggleston).

3. Asociaţi sindroamele cu semnele lor:

Sindromul:
a. Claude Bernard-Horner.
b. Pourfour du Petit.

Semnele:
1. Midriază.
2. Mioză.
3. Ptoza pleoapei superioare.
4. Lărgirea fantei palpebrale.
5. Exoftalmie.
6. Enoftalmie.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate şi nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Stresul acut sau cronic poate provoca la persoanele practic sănătoase distonia neuro-vegetativă de stres sau nevrotică, care, la rândul său, se manifestă prin dereglări vegetative permanente, polisistemice, implicând sistemele cardiovascular, respirator, gastrointestinal, termoreglator.

2. În perioada climacterică tulburările vegetative sunt determinate de unele disproporții şi accelerări dintre parametrii fizici şi potențialul asigurărilor circulatorii, ceea ce generează manifestările clinice „valuri de căldură", transpirație abundentă, crize vegetative.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. A, p. 497. | 1. A, D, E, p. 498. | 1. | 1. |
| 2. E, p. 498. | 2. A, C, D, p. 499. | a. 1, 4, 5, 7, 8, 11. | A. p.502. |
| 3. D, p. 499. | 3. A, B, D, p. 499. | b. 2, 3, 6, 9, 10, | |
| 4. B, p. 499. | 4. B, C, D, p. 499. | p. 497. | 2. |
| 5. E, p. 500. | 5. A, C, p. 500. | | D. p.504-505. |
| 6. E, p. 501. | 6. A, B, C, D, p. 500–501. | 2. | |
| 7. C, p. 501. | 7. A, D, p. 499, p. 501. | a. 2, 3, 4, 11. | |
| 8. B, p. 502. | 8. C, D, E, p. 501. | b. 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, | |
| 9. A, p. 503. | 9. A, B, C, D, p. 502. | p. 505. | |
| 10. A, p. 505. | 10. A, C, D, E, p. 503. | | |
| 11. B, p. 506. | 11. A, B, C, p. 503. | 3. | |
| 12. C, p. 507. | 12. A, E, p. 504. | a. 2, 3, 6. | |
| 13. D, p. 508. | 13. C, D, E, p. 504. | b. 1, 4, 5, p. 511. | |
| 14. C, p. 511. | 14. A, C, E, p. 507. | | |
| 15. E, p. 511. | 15. B, C, D, E, p. 507. | | |
| 16. A, p. 511. | 16. A, C, D, p. 507. | | |
| 17. C, p. 512. | 17. A, B, D, E, p. 507–508. | | |
| 18. B, p. 512. | 18. A, B, D, E, p. 508. | | |
| 19. E, p. 512. | 19. A, B, C, D, p. 508–509. | | |
| 20. A, p. 512. | 20. A, B, C, p. 509. | | |
| | 21. A, B, C, D, p. 510. | | |
| | 22. A, C, D, E, p. 511. | | |
| | 23. B, C, p. 511–512. | | |
| | 24. A, B, C, E, p. 512. | | |
| | 25. C, D, E, p. 512. | | |
| | 26. B, C, D, E, p. 512. | | |

## 26. NEVROZELE

### I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Semnele comune pentru toate tipurile de nevroze sunt următoarele, cu excepția:
   A. Este prezentă o cauză organică perceptibilă.
   B. Dereglarea este durabilă – nu este vorba despre o reacție tranzitorie la stres.
   C. Comportamentul simptomatic nu afectează serios normele sociale, deși funcționarea personalității poate fi considerabil diminuată.
   D. Interpretarea realității de către pacient rămâne intactă.
   E. Simptomele patologice stresante pentru individul afectat sunt considerate de el inacceptabile sau ciudate, stranii.

2. Conflictul intrapsihic apare în cazul când este blocată realizarea motivației individului, ceea ce poartă denumirea și semnificația de:
   A. Fuddy-duddy.
   B. Frustrare.
   C. Germinație.
   D. Ingratitudine.
   E. Psihopatie.

3. Termenul de nevroză anxioasă a fost introdus în 1895 de:
   A. Marinescu.
   B. Secenov.
   C. Freud.
   D. Charcot.
   E. Babinski.

4. În prezent se consideră că perturbarea metabolică, care se află la originea manifestărilor anxioase, rezultă dintr-o dereglare concomitentă a celor 2 sisteme:
   A. De activare și de frânare.
   B. Simpatic și parasimpatic.
   C. Somatic și vegetativ.
   D. Noradrenergic și serotoninergic.
   E. De anabolism și catabolism.

5. Nevroza anxioasă debutează la vârsta de:
   A. 10 ani.
   B. 16 ani.
   C. 20 de ani.
   D. 25 de ani.
   E. 40 de ani.

6. O incidență familială înaltă există în:
   A. Cefaleea musculo-tonică.
   B. Nevroza anxioasă.
   C. Glioamele cerebrale.
   D. Isterie.
   E. Nevroza obsesiv-compulsivă.

7. Majoritatea pacienţilor cu nevroză anxioasă consultă la început un:
   A. Preot.
   B. Extrasens.
   C. Medic generalist.
   D. Neurolog.
   E. Psihiatru.

8. Atacurile de panică în nevroza anxioasă survin:
   A. Într-o situaţie particulară.
   B. Într-un şir de circumstanţe.
   C. „Din senin".
   D. „Din menit".
   E. Din frica pentru o cauză concretă.

9. Care din simptomele enumerate mai jos nu ţin de atacul de panică?
   A. Palpitaţii, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea ritmului cardiac.
   B. Transpiraţii.
   C. Tremor sau trepidaţii.
   D. Senzaţii de scurtare a respiraţiei sau de strangulare.
   E. Criză convulsivă cu pierderea cunoştinţei.

10. Trăsătura esenţială a anxietăţii generalizate este:
   A. Derealizarea (sentimentul de irealitate) sau depersonalizarea (detaşarea de sine).
   B. Frica de pierdere a controlului sau de a deveni nebun.
   C. Frica de moarte.
   D. Paresteziile (senzaţiile de amorţeală sau de furnicături).
   E. Anxietatea generalizată şi persistentă („liber flotantă").

11. Preparatul de elecţie în tratamentul atacului de panică este considerat:
   A. Alprazolamul.
   B. Lorazepamul.
   C. Relaniumul.
   D. Amitriptilina.
   E. Fluoxetina.

12. Cu toate că isteria a fost cunoscută din antichitate, prima ei descriere detaliată (1859) a făcut-o medicul:
   A. Briquet.
   B. Charcot.
   C. Freud.
   D. Janet.
   E. Babinski.

13. Termenul *conversie*, inclus de Freud în nomenclatura nevrozelor, semnifică:
   A. Înlăturarea prin hipnoză a simptomelor isterice.
   B. Starea de transă a bolnavului cu isterie.
   C. Energia psihică generată de conflicte psihice, inconştient refulată şi convertită (transformată) în simptome fizice, corporale.
   D. Ansamblul circuitelor nervoase, cu ajutorul cărora în nevroze are loc transmiterea de energie psihică.
   E. Starea unui individ care îşi pierde personalitatea.

14. Structura paroxismelor psihogene (isterice) la pacienții cu isterie este determinată preponderent de fenomene:
   A. Senzitive.
   B. Motorii.
   C. Cerebeloase.
   D. Vegetative.
   E. Extrapiramidale.

15. Unul dintre cele mai frecvente fenomene neurologice isterice este:
   A. Pseudopareza.
   B. Mutismul akinetic.
   C. Pseudocoma.
   D. „Arcul isteric".
   E. Amavroza.

16. Cea mai frecventă formă de hiperkinezie în cadrul isteriei este:
   A. Torticolisul.
   B. Ticul.
   C. Hemispasmul facial.
   D. Blefarospasmul.
   E. Tremurătura.

17. La tulburările de mers isteric se referă variantele enumerate mai jos, cu o excepție:
   A. Mersul cu „târârea" labei piciorului și fixație ecvino-varus.
   B. „Mers patinat".
   C. „Mers în patru labe".
   D. „Mersul cocoșului".
   E. Mers care imită dansul.

18. Care dereglare a funcției oculomotorii poate sugera o nevroză isterică?
   A. Ptoza palpebrală superioară unilaterală.
   B. Diplopia care se menține la privirea cu un singur ochi.
   C. Strabismul divergent.
   D. Strabismul convergent.
   E. Midriaza paralitică.

19. Actul ritual (compulsiv) este o încercare simbolică de a:
   A. Reduce timpul de desfășurare a accesului de panică.
   B. Provoca sincopa.
   C. Îndepărta pericolul.
   D. Conștientiza modificările din sfera subconștientului.
   E. Explica diminuarea capacității de muncă și evitarea obligației militare sau arestului etc.

20. Majoritatea actelor compulsive se referă la:
   A. Regimul zilei (alimentare, activitate fizică, activitate intelectuală).
   B. Comportamentul cognitiv-mnemonistic.
   C. Procesul de adormire.
   D. Procesul de deșteptare.
   E. Ordine și curățenie (spălatul mâinilor, verificări repetate pentru a se asigura că nu se va întâmpla nimic periculos).

## II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la nevroză:
   A. Este o maladie organică.
   B. Apare pe fundalul anumitor particularități ale personalității, ce conduc la formarea conflictului intrapsihic.
   C. Se dezvoltă dereglări în sferele emoțională, somatică şi vegetativă.
   D. Are loc tulburarea activității mecanismelor integrative centrale, care asigură un comportament adecvat rațional al individului.
   E. Fatigabilitatea şi epuizarea mecanismelor centrale de integrare, reducerea stabilității psihice determină instalarea comportamentului neadecvat, nevrotic.

2. Dereglările nevrotice includ primordial următoarele forme:
   A. Nevroza angoasă.
   B. Nevroza anxioasă.
   C. Nevroza hiperstenică.
   D. Isteria.
   E. Nevroza obsesiv-compulsivă.

3. În linii generale, sunt posibile următoarele situații clasice generatoare de conflict intrapsihic:
   A. Necesitatea alegerii dintre două posibilități egal dorite (conflict apetență-apetență).
   B. Necesitatea alegerii dintre două posibilități egal nedorite (conflict aversie-aversie).
   C. Necesitatea alegerii dintre o posibilitate reală şi una dorită (conflict reality-wish).
   D. Lipsa posibilității de a decide alegerea dintre dorit şi real.
   E. Necesitatea alegerii dintre atingerea scopului dorit cu prețul emoțiilor nedorite şi refuzul la scopul dorit, pentru a evita aceste emoții (conflict apetență-aversie).

4. Factorii ce pot influența formarea particularităților structurii personalității sunt:
   A. Acțiunea nocivă a mediului extern în primele săptămâni de la concepere.
   B. Particularitățile ereditar-constituționale.
   C. Particularitățile perioadei de copilărie.
   D. Unele afecțiuni organice cerebrale.
   E. Condițiile de viață.

5. Un rol decisiv în apariția nevrozelor îl joacă:
   A. Importanța stresului pentru individ.
   B. Semnele caracteristice specifice ale individului.
   C. Particularitățile personalității.
   D. Anturajul individului.
   E. Medicamentele folosite pentru preîntâmpinarea stresului.

6. Algoritmul diagnosticării nevrozelor include următoarele etape:
   A. Diagnosticul prezumtiv: presupunerea unei eventuale nevroze.
   B. Diagnosticul negativ: excluderea cauzelor organice ale simptomelor la nivel clinic şi cu ajutorul investigațiilor complementare.

C. Diagnosticul pozitiv: dovada cauzalității psihologice în forma unei clare asociații în timp a simptomelor nevrotice cu probleme și evenimente stresante sau relații perturbate (chiar daca sunt negate de pacient).
D. Diagnosticul topografic: localizarea simptomelor și semnelor în funcție de forma nevrozei.
E. Diagnosticul diferențial: excluderea unui spectru de maladii asemănătoare nevrozelor.

7. Desemnați caracteristicile anxietății:
A. Este o stare emoțională caracterizată prin sentimentul de așteptare amenințătoare, neconcretizată, fără pericol real.
B. Este asociată cu indispoziție și suferință.
C. La această stare de neliniște se asociază simptome fiziologice vasomotorii și viscerale mediate prin intermediul sistemului nervos vegetativ.
D. Sunt implicate glandele endocrine tiroide și suprarenale.
E. Este caracteristică necesitatea individului de a fi întotdeauna în centrul atenției.

8. Indicați nucleii și ariile cerebrale cu conținut de noradrenalină, care se află în relație strânsă cu anxietatea:
A. Nucleii *rafe*-ului.
B. Nucleii Goll și Burdach.
C. *Locus coeruleus*.
D. Ariile septale.
E. Ariile hipocampale.

9. Nevroza anxioasă este:
A. O afecțiune cronică.
B. O maladie care se manifestă prin episoade acute de anxietate – *atacuri de panică*.
C. O tulburare de sănătate, cu stări prelungite de anxietate, care pot dura săptămâni, luni sau ani – *anxietate generalizată*.
D. O boală atribuită abnormităților genetice, slăbiciunii constituționale a sistemului nervos central, factorilor sociali și psihologici, anumitor perturbări biochimice și psihologice.
E. O infectare a sistemului nervos central cu forma larvară a cestodului *Taenia solium* (*cysticercus cellulosae*).

10. Care din simptomele enumerate mai jos se referă la atacul de panică din nevroza anxioasă?
A. Senzația de sufocare.
B. Criza de absență.
C. Durerile sau disconfortul precordial.
D. Greața sau detresa abdominală.
E. Senzația de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin.

11. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la atacurile de panică din nevroza anxioasă:
A. De regulă, pacienții le provoacă conștient, având o senzație plăcută în momentul de inițiere a lor.
B. Sunt așteptate.

C. Sunt recurente.
D. Sunt urmate de un termen de cel puțin o lună de preocupare persistentă a individului de teama unei complicații sau consecințe a atacului de panică.
E. Sunt jugulate prin administrarea antibioticelor.

12. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la indivizii cu atacuri de panică:
A. Devin excesiv de temători în legătură cu consecințele activităților de rutină, în special ale celor referitoare la sănătate sau la despărțirea de ființa iubită.
B. Anticipează adesea un deznodământ catastrofic dintr-un simptom somatic ușor (de ex., ideea că o cefalee indică o tumoră cerebrală sau o criză hipertensivă).
C. Sunt bine dispuși, posedă o capacitate de muncă inepuizabilă.
D. Adesea, sunt foarte toleranți la efectele secundare ale medicamentelor indicate.
E. Rămân temători și sceptici la afirmația că nu au o maladie care să le pună viața în pericol.

13. Pacienții cu nevroză anxioasă își modifică în mod semnificativ comportamentul:
A. Doresc să se afle în centrul atenției, fac tot posibilul să se afle în mulțime.
B. Abandonează serviciul.
C. Evită să rămână singuri, să conducă automobilul.
D. Evită să iasă fără însoțitor.
E. Ocolesc locurile și situațiile din care „scăparea este dificilă sau jenantă", iar în cazul unui atac de panică, nu vor putea primi nici un ajutor.

14. Pentru stabilirea diagnosticului de anxietate generalizată este necesar ca:
A. Starea anxioasă să dureze cel puțin 1 lună.
B. Subiectul să prezinte o presimțire de accident pentru propria persoană sau pentru o rudă apropiată.
C. Pacientul să aibă temeri de viitoarele nenorociri.
D. Bolnavul să se simtă „pe marginea prăpastiei".
E. Să se excludă un factor organic, care ar iniția sau ar menține tulburarea (de exemplu, hipertiroidismul, intoxicația cu cafeină etc.).

15. Este necesar de menționat că tratamentul nevrozei anxioase este:
A. De scurtă durată (ore, zile).
B. Bazat pe doze medicamentoase suficiente.
C. Independent de întâlnirile cu medicul.
D. Dependent de cooperarea pacientului.
E. Fără perspectivă (prognostic rezervat).

16. În opinia multor autori, termenul *conversie* se referă la așa simptome inexplicabile, ca:
A. Amnezia.
B. Parezele și paraliziile.
C. Cecitatea.
D. Afonia.
E. Meningismul.

17. În neurologia clinică sunt înregistrate următoarele tipuri de isterie:
A. Maladie cronică, preponderent a sexului feminin, ce se manifestă prin simptome funcționale psihice și somatice multiple, a căror cauză nu este evidentă.

B. Maladie ce se întâlneşte predominant la bărbaţi, cu simptome fizice ce urmăresc obţinerea unei compensaţii, influenţe asupra unor litigii, evitarea obligaţiei militare sau arestului etc.
C. Stare determinată de necesitatea de a fi întotdeauna în centrul atenţiei.
D. Modificarea statutului psihic cu tendinţa individului de a-şi sublinia irezistibilitatea sau comportamentul provocator sexual, emoţiile labile şi superficiale.
E. Emoţii labile şi superficiale, preocuparea excesivă de propriul farmec, discursul accentuat emoţional, dar lipsit de profunzime, autodramatizarea, teatralitatea şi exprimarea exagerată a emoţiilor, sugestibilitatea, dependenţa de persoanele din anturaj şi de circumstanţe, tendinţa de a impune relaţii intime.

18. Simptomele isterice au legătură temporală strânsă cu:
A. Evenimente vasculare.
B. Evenimente infecţioase.
C. Evenimente traumatice.
D. Probleme intolerabile.
E. Relaţii perturbate.

19. De regulă, dereglările motorii isterice se asociază cu:
A. Diminuarea tonusului muscular.
B. Fasciculaţii musculare.
C. Absenţa asimetriei reflexelor osteotendinoase.
D. Absenţa atrofiilor musculare.
E. Prezenţa semnelor patologice.

20. Particularităţile specifice ale tremuraturii isterice:
A. Se depistează concomitent trăsături ale tremurăturilor de repaus, posturale şi de acţiune.
B. Se manifestă o discordanţă între intensitatea tremurăturii şi prezervarea funcţiei extremităţii (de ex., scrisul).
C. E specific debutul subit legat de factori emoţionali, evoluţie neprogresivă, remisiuni spontane.
D. Nu dispare în timpul somnului.
E. Ineficienţa tratamentului medicamentos şi eficienţa psihoterapiei sau placebo.

21. Dereglările de sensibilitate în isterie au următoarele caracteristici:
A. Sunt strict legate de deficitul motor isteric, după localizare şi dinamică.
B. Pe suprafaţa corpului se marchează o hipoestezie sau anestezie limitată strict la linia mediană.
C. La nivelul membrelor, dereglările de sensibilitate au un caracter „de amputaţie".
D. Se respectă o topografie metamerică sau a dermatomului respectiv.
E. Sunt însoţite de semne de elongaţie pozitive.

22. În anamneza pacienţilor cu sindroame algice isterice se depistează:
A. Hemoragii subarahnoidiene repetate.
B. Infarcte repetate.
C. Colică renală sau hepatică.
D. Abdomen acut.
E. Laparoscopii diagnostice.

23. Dereglările vegetative isterice includ sindroame variate:
   A. Hipersomnia (somn patologic, fără perioade de trezire şi de activitate intelectuală).
   B. Tulburările de respiraţie (dispnee psihogenă, echivalente respiratorii – oftat, căscat frecvent, comportament respirator, tuse seacă, strănut paroxistic).
   C. Tulburările gastrointestinale („nod în gât", pirozis, vome).
   D. Stările subfebrile de durată.
   E. Modificările vegetativ-trofice pe partea pseudoparezei.

24. În tratamentul isteriei sunt eficiente:
   A. Asocierea antidepresivelor cu neurolepticele.
   B. Administrarea desensibilizantelor.
   C. Terapia cu anticoagulante.
   D. Tratamentele psihoanalitic şi psihoterapeutic cu reconstruirea motivaţiilor bazale şi particularităţilor personalităţii.
   E. Antibioterapia.

25. Nevroza obsesiv-compulsivă se caracterizează prin:
   A. Necesitatea de a fi tot timpul în centrul atenţiei.
   B. Tendinţa de a-şi sublinia irezistibilitatea sau comportamentul provocator sexual.
   C. Gânduri obsesive.
   D. Dereglări vizuale şi oculomotorii.
   E. Acte compulsive recurente.

## III. ASOCIERE SIMPLĂ

Tratamentul medicamentos al nevrozei anxioase include remedii psihotrope şi vegetotrope. Clasificaţi-le:

Grupele:
a. Psihotrope.
b. Vegetotrope.

Remediile:
1. Alprazolam.
2. Lorazepam.
3. Propranolol.
4. Anaprilin.
5. Midocalm.
6. Relanium.
7. Amitriptilină.
8. Miolastan.
9. Sirdalud.
10. Magne $B_6$.
11. Fluoxetină.

## IV. RELAȚIE CAUZĂ–EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Nevrozele au început să fie considerate entități clinice încă la sfârșitul sec. al XIX-lea, dar și până în prezent mai există multe probleme nesoluționate referitoare la natura, clasificarea și etiologia lor.

2. Semnele și simptomele isteriei clasice sunt multiple și polimorfe, manifestându-se în cele mai variate sisteme ale organismului uman.

## RĂSPUNSURI

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| 1. A, p. 513. | 1. B, C, D, E, p. 513. | a. 1, 2, 6, 7, 11. | 1. |
| 2. B, p. 513. | 2. B, D, E, p. 513. | b. 3, 4, 5, 8, 9, 10, | B, p. 513. |
| 3. C, p. 514. | 3. A, B, E, p. 513. | p. 516. | |
| 4. D, p. 514. | 4. B, C, D, E, p. 513–514. | | 2. |
| 5. B, p. 515. | 5. A, B, C, p. 514. | | A, p. 517. |
| 6. B, p. 515. | 6. B, C, p. 514. | | |
| 7. C, p. 515. | 7. A, B, C, D, p. 514. | | |
| 8. C, p. 515. | 8. C, D, E, p. 514. | | |
| 9. E, p. 515. | 9. A, B, C, D, p. 514. | | |
| 10. E, p. 516. | 10. A, C, D, E, p. 515. | | |
| 11. A, p. 516. | 11. C, D, p. 515. | | |
| 12. A, p. 516. | 12. A, B, E, p. 515. | | |
| 13. C, p. 516. | 13. B, C, D, E, p. 515–516. | | |
| 14. B, p. 518. | 14. A, E, p. 516. | | |
| 15. A, p. 518. | 15. B, D, p. 516. | | |
| 16. E, p. 518. | 16. A, B, C, D, p. 517. | | |
| 17. D, p. 518–519. | 17. A. B. p. 517. | | |
| 18. B, p. 519. | 18. C, D, E, p. 517. | | |
| 19. C, p. 520. | 19. A, C, D, p. 518. | | |
| 20. E, p. 520. | 20. A, B, C, E, p. 518. | | |
| | 21. A, B, C, p. 519. | | |
| | 22. B, C, D, E, p. 519. | | |
| | 23. B, C, D, E, p. 519. | | |
| | 24. A, D, p. 519. | | |
| | 25. C, E, p. 519. | | |

# 27. CAZURI CLINICE

### CAZUL NR. 1.

O femeie în vârstă de 64 de ani prezenta acuze de dureri violente, „arzătoare" în hemitoracele stâng.

Examenul neurologic a depistat o hiperestezie algică pe proiecția dermatomerului ThXII pe stânga. Peste 4 zile, pe aceeaşi suprafață unde se proiectau durerile, au apărut erupții buloase. Examenele radiologic şi de laborator erau în limite normale.

**Indicați:**

A. Tipul depistat de dereglare a sensibilității.
B. Manevra examenului clinic, folosită pentru depistarea acestui tip de dereglare a sensibilității.
C. Substratul anatomic al sistemului nervos, inclus în procesul patologic.
D. Denumirea maladiei.
E. Medicația etiologică.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

### CAZUL NR. 2.

Un bărbat în vârstă de 53 de ani acuza slăbiciune în evoluție progresivă în extremitățile inferioare în decursul ultimelor 6 luni. Concomitent, periodic avea grețuri şi vome, permanent – anorexie.

Examenul obiectiv a scos în evidență paliditatea unghiilor şi a mucoaselor, slăbiciune în ambele extremități inferioare, exagerarea reflexelor rotuliene şi achiliene, semnul Babinski pozitiv bilateral şi o diminuare selectivă a simțului de vibrațiune în ambele picioare.

În frotiul de sânge au fost depistate eritrocite macrocitare hipercrome. Proba Shilling a confirmat diagnosticul.

**Indicați:**

A. Ce tip de sensibilitate a fost implicat în procesul patologic.
B. Substratul anatomic lezat, care a condus la dereglarea simțului de vibrațiune.
C. Cum se examinează simțul de vibrațiune.
D. Denumirea maladiei.
E. Medicamentul necesar.
F. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

### CAZUL NR. 3.

O asistentă medicală în vârstă de 23 de ani s-a adresat în secția de internare a spitalului de urgență pentru arsurile de pe mâna dreaptă obținute în timpul lucrului cu autoclava.

Examenul neurologic a scos în evidență lipsa simțului algic şi termic bilateral în zona dermatomerelor CIV – ThI şi sindromul Horner pe stânga. La vârsta de 2 ani pacienta a fost operată pe motiv de disrafie a palatului dur.

Diagnosticul a fost confirmat prin examenul de rezonanță magnetică.

**Indicați:**

A. Varianta şi tipul prezent de dereglare a sensibilității.
B. Cum se examinează simțul termic.

C. Substratul anatomic al dereglărilor de sensibilitate.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 4.**

Un bărbat în vârstă de 32 de ani acuza slăbiciune şi amorţeală în mâini şi picioare, mai exprimate în piciorul drept şi în mâna stângă.

Examenul neurologic a depistat dereglarea sensibilității algice de tip „ciorapi" şi „mănuşi", abolirea reflexelor de pe mâini şi picioare, o pareză mimică facială de tip periferic, bilaterală. Semnele de elongație erau pozitive.

Examenul lichidului cefalorahidian a constatat creşterea conţinutului de proteine până la 2,56 g/l cu un număr obişnuit de elemente celulare.

Examenul electroneuromiografic a contribuit la precizarea diagnosticului.

**Indicaţi:**

A. Varianta şi tipul de dereglare a sensibilității.
B. Manevra clinică de examinare a sensibilității, care permite depistarea „ciorapilor" şi „mănuşilor".
C. Substratul anatomic lezat care a condiționat dereglările de sensibilitate.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 5.**

La o fetiță de 9 ani în stare de sănătate deplină s-au instalat diareea, vomismentele şi hipertermia. Starea pacientei a fost diagnosticată ca „gastroenterită virală". Tratamentul era supravegheat de către medicul de familie. Peste 4 zile copilul a devenit somnolent; s-a constatat o paralizie flască a mâinii şi piciorului pe dreapta.

Numărul de elemente celulare în lichidul cefalorahidian depăşea 810/3, presiunea lui era de 280 mm ai coloanei $H_2O$. Neurologul consultant a constatat abolirea tuturor reflexelor osteotendinoase.

Examenul electromiografic cu ac-electrod a contribuit la stabilirea diagnosticului.

**Indicaţi:**

A. Semnele clinice ale unei pareze de tip flasc.
B. Datele anamnestice importante, care lipsesc în relatarea cazului.
C. Substratul anatomic lezat, care a condiționat manifestările neurologice.
D. Denumirea maladiei.
E. Semnele posibile în cadrul examenului electromiografic cu ac-electrod, care ar fi putut contribui la stabilirea diagnosticului.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 6.**

Un bărbat în vârstă de 38 de ani prezenta acuze de slăbiciuni progresive în extremitățile drepte, senzația de „înțepături" în picioare în decursul ultimelor şase luni. Soția pacientului a remarcat că în decursul ultimilor doi ani el se află într-o stare de depresie, nu are nici un interes față de activitatea profesională. În urmă cu cinci ani s-a tratat cu penicilină în doze mari, pe motiv de erupții cutanate generalizate.

Examenul neurologic a constatat semnul Argyll Robertson pozitiv, slăbirea forței musculare în mâna dreaptă până la 3–4 puncte, hipotrofia şi fasciculația muşchiului

deltoid şi muşchilor intercostali pe dreapta, exagerarea reflexelor rotulian şi achilian pe dreapta, semnul Babinski pozitiv pe dreapta, precum şi o tulburare uşoară a simţului de vibraţiune şi a celui mioartrocinetic în aceleaşi extremităţi. S-a constatat anestezia tactilă pe suprafaţa dermatomerului Th1 pe stânga. Reacţia Wasserman pozitivă în lichidul cefalorahidian.

**Indicaţi:**

A. Manifestările clinice ale semnului Argyll Robertson.
B. Manifestările scăderii forţei musculare în extremitate, apreciate cu 3 puncte.
C. Care eveniment clinic se numeşte *fasciculaţii musculare.*
D. Diagnosticul clinic de localizare (diagnosticul topografic).
E. Denumirea maladiei.
F. Tratamentul etiologic.
G. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

### CAZUL NR. 7.

Un bărbat în vârstă de 56 de ani în decursul ultimilor 2 ani se trata sub supravegherea medicului de familie pe motiv de dureri lancinante în extremităţi şi tumefiere a articulaţiei rotuliene drepte. Bolnavului i s-a spus că el suferă de o artrită gravă. Cu 2 luni înainte de spitalizare, pacientul a început să fie deranjat de grave dificultăţi la mers în întuneric.

Examenul neurologic a scos în evidenţă semnul Argyll Robertson pozitiv, deformarea articulaţiilor rotuliene (articulaţia Charcot), lipsa reflexelor rotuliene şi achiliene, lipsa simţurilor de vibraţiune şi mioartrocinetic în extremităţile inferioare, mersul atactic cu picioarele larg desfăcute. Bolnavul nu era în stare să stea sau să meargă cu ochii închişi.

Reacţia Wasserman pozitivă în lichidul cefalorahidian.

**Indicaţi:**

A. Varianta de ataxie.
B. Substratul anatomic lezat al sistemului nervos.
C. Denumirea maladiei.
D. Tratamentul etiologic.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

### CAZUL NR. 8.

La un bărbat în vârstă de 48 de ani, bolnav de diabet zaharat, brutal s-a instalat un sindrom algic violent, localizat dorsal în regiunea cervicală inferioară – toracică superioară, care se exacerba la tuse şi strănut.

Examenul radiologic şi ECG – fără modificări patologice.

A fost spitalizat la două zile de la debutul maladiei în secţia de terapie intensivă a clinicii de neurologie cu febră 38–39°C şi slăbiciune generală sever exprimată.

Medicul oncolog la examenul clinic a exclus o eventuală origine neoplazică a sindromului algic.

*N.B.* Medicul curant, la o insistentă discuţie cu soţia pacientului, a reuşit să constate că aproximativ cu două săptămâni înainte de spitalizare el şi-a strivit un furuncul pe partea laterală stângă a gâtului.

Examenul neurologic a constatat o hipotonie musculară generalizată, reflexe osteotendinoase diminuate, semnul Babinski pozitiv bilateral, hipoalgezie de la nivelul Th6 bilateral, în asociere cu „ciorapi" şi „mănuşi", precum şi o dereglare a simţului de vibraţiune în ambele picioare.

Examenul general al urinei a evidenţiat o cantitate sporită de coci Gram-pozitivi.

Deoarece era zi de odihnă (duminică), examenul prin rezonanţă magnetică nu era accesibil. Diagnosticul imagistic în regim de urgenţă a fost realizat prin computer tomomielografie.

**Indicaţi:**

A. Tipurile de dereglare a sensibilităţii prezente la pacient.
B. Substratul anatomic principal (care determina gravitatea stării) lezat al sistemului nervos.
C. Sindromul modificărilor imagistice (computer tomomielografie) caracteristic acestei maladii.
D. Denumirea maladiei.
E. Opţiunile de tratament.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 9.**

În decursul ultimilor opt luni, o femeie în vârstă de 44 de ani prezenta acuze de slăbiciune progresivă în extremităţile inferioare, dificultăţi la mers, iar ultimele trei luni au fost marcate şi de instalarea chemărilor imperioase de micţiune.

Examenul neurologic a constatat dereglarea tuturor felurilor de sensibilitate de la nivelul Th10 bilateral, reflexele osteotendinoase de pe mâini – obişnuite, lipsa reflexelor abdominale, reflexe rotuliene şi achiliene exagerate, semnul Babinski pozitiv bilateral.

Examenul lichidului cefalorahidian a demonstrat prezenţa sindromului licvoreean de disociaţie proteică-celulară.

Diagnosticul a fost cu certitudine confirmat prin examenul de rezonanţă magnetică a măduvei spinării cu administrare a substanţei de contrast (Gadolinium).

**Indicaţi:**

A. La care tip de tulburare a funcţiilor sfincteriene se referă chemările imperioase de micţiune.
B. Diagnosticul de localizare (diagnosticul topografic).
C. Pentru care tip de afecţiuni este patognomonic sindromul licvoreean de disociaţie proteică-celulară.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 10.**

La un bărbat în vârstă de 68 de ani, care deja de mai mult timp avea accese de dureri violente în coloana lombară, timp de două săptămâni s-a instalat o slăbiciune în picioare, cu imposibilitate de deplasare. Concomitent, a pierdut capacitatea de a-şi controla micţiunea şi defecaţia.

Examenul neurologic a relevat o parapareză spastică inferioară, însoţită de dereglare de tip conductiv a tuturor tipurilor de sensibilitate superficială şi profundă, începând de la nivelul $L_1$.

Examenul *per rectum* al prostatei a constatat prezența unor noduli solizi şi duri.

Spondilografia porțiunii toracice a constatat o hiperintensitate a vertebrelor $Th_{11}$ şi $Th_{12}$. A fost depistată creşterea conținutului fosfatazei alcaline şi acide.

Scintigrafia oaselor scheletului şi examenul prin rezonanță magnetică al coloanei şi măduvei toraco-lombare au contribuit esențial la precizarea diagnosticului.

**Indicați:**

A. Care sunt semnele clinice ale unei parapareze spastice.
B. Prin ce se manifestă tipul conductiv de dereglare a sensibilității.
C. Diagnosticul de localizare.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 11.

Un bărbat în vârstă de 67 de ani a fost spitalizat în secția de urologie pe motiv de retenție acută de urină. Examenul prin cistoscopie n-a determinat obstacole în colul vezicii urinare. Colectarea minuțioasă a anamnesticului a scos în evidență că în urmă cu un an pacientul avea dureri în spate cu iradiere în piciorul stâng, iar ceva mai târziu – manifestări de claudicație caudală intermitentă.

Examenul neurologic a constatat semnul Lasségue pozitiv bilateral, lipsa reflexelor achiliene şi plantare, analgezie de tip „jokey".

Conținutul de proteine în lichidul cefalorahidian depăşea valoarea de 1,33 g/l. Examenul prin rezonanță magnetică a confirmat diagnosticul.

**Indicați:**

A. Lezarea căror structuri medulare provoacă analgezia de tip „jokey".
B. Din grupul căror semne neurologice face parte semnul Lasségue.
C. Denumirea maladiei.
D. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 12.

O femeie în vârstă de 35 de ani în decurs de un an se plângea de dureri în jumătatea stângă a coloanei vertebrale şi slăbiciuni în piciorul stâng. Cu şase luni înainte de spitalizare s-a tratat la medicul de familie, cu diagnosticul de „osteocondroză a coloanei vertebrale". Cu o lună înainte de spitalizare s-a tratat pe motiv de pielonefrită; de atunci are şi incontinență urinară.

Examenul neurologic a constatat monopareza spastică moderată a piciorului stâng, clonusul talonului piciorului stâng, diminuarea simțurilor de vibrație şi mioartrocinetic de la nivelul coapsei stângi, diminuarea simțului algic şi termic, începând de la nivelul $Th_7$ pe dreapta.

Examenul prin rezonanță magnetică a confirmat diagnosticul.

**Indicați:**

A. Prin ce se manifestă monopareza spastică a piciorului stâng.
B. Cum se numeşte sindromul topografic de leziune medulară prezent la pacientă.
C. Unde este localizat procesul patologic.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

### CAZUL NR. 13.

Un bărbat în vârstă de 28 de ani, după un accident rutier, a fost internat de urgență în secția de neurotraumatologie în stare de tetraplegie.

Examenul neurologic a constatat o hipotonie difuză a tuturor extremităților, abolirea reflexelor osteotendinoase, tulburare conductivă a sensibilității, începând de la nivelul $C_3$. Hotarele vezicii urinare percutor se determinau mai sus de nivelul ombilicului.

Examenul radiologic al coloanei vertebrale a diagnosticat fractura vertebrelor $C_6$ şi $C_7$.

Pacientul a fost de urgență supus intervenției neurochirurgicale.

Examenul neurologic efectuat cu trei săptămâni mai târziu a constatat o atrofie difuză a extremităților superioare şi o spasticitate severă a extremităților inferioare.

**Indicați:**

A. Prin ce se explică hipotonia musculară în toate extremitățile în primele ore de la traumatismul vertebro-medular.
B. Cum se explică faptul că hotarele vezicii urinare erau mai sus de nivelul ombilicului şi ce măsuri urgente trebuia de întreprins.
C. Scopul intervenției neurochirurgicale.
D. Cum se numeşte starea funcțională a sistemului motilității după două săptămâni de la traumatismul vertebro-medular.

### CAZUL NR. 14.

Un muncitor în vârstă de 33 de ani, în momentul ridicării unui obiect greu, a simțit o durere acută în regiunea lombară a coloanei vertebrale cu iradiere pe suprafața posterioară a coapsei stângi.

Examenul neurologic a constatat: scolioză lombară spre dreapta, reducerea flexiei dorsale a halucelui stâng, reducerea reflexului achilian pe stânga, hipoestezie algică pe suprafața externă a piciorului stâng, inclusiv talonul piciorului şi suprafața dorsală a halucelui, semnul Lasségue pozitiv la 60°, dureri violente la încercarea de a mişca trunchiul corpului înainte şi spre dreapta, la percuția apofizei posterioare a vertebrei $L_5$.

Examenul prin rezonanță magnetică a coloanei lombosacrate, efectuat în regim de urgență, a confirmat diagnosticul.

Pacientul a fost supus de urgență intervenției neurochirurgicale.

**Indicați:**

A. Denumirea dereglării posturale a coloanei vertebrale.
B. Diagnosticul.
C. Care au fost indicațiile de urgență pentru tratamentul neurochirurgical.
D. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

### CAZUL NR. 15.

O femeie în vârstă de 58 de ani acuza slăbiciuni, amorțeli şi senzații neplăcute în ambele mâini în decurs de patru săptămâni.

*Examenul neurologic a pus în evidență diminuarea simțului de vibrație în ambele* picioare, hiperestezie algică „ciorapi" şi „mănuşi", hipotrofia muşchilor interosoşi la ambele mâini, cu limitarea mişcărilor în degete, lipsa reflexului achilian bilateral.

Valoarea glicemiei – 7,2 mmol/l.

Examenul electroneuromiografic a confirmat diagnosticul.

**Indicaţi:**

A. Cum se numesc în limbajul medical senzaţiile neplăcute în mâini, pe care le avea pacienta.
B. Tipul şi varianta de dereglare a sensibilităţii în extremităţi.
C. Diagnosticul.
D. Modificările posibile în asemenea cazuri, detectate la examenul electroneuromiografic.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.
F. Principalele măsuri terapeutice.

**CAZUL NR. 16.**

O domnişoară în vârstă de 16 ani acuza „târâitul" plantelor picioarelor la mers în decursul ultimelor opt luni şi „picioare slabe". Tatăl ei a decedat la vârsta de 30 de ani pe motiv de o oarecare maladie „de picioare".

Examenul neurologic a scos în evidenţă o hipotrofie şi slăbiciune în mâini şi picioare, picioarele „atârnau"; hipoalgezie „ciorapi" şi „mănuşi", dereglarea simţurilor de vibraţie, mioatrocinetic şi tactil mai jos de nivelul genunchilor. Reflexele osteotendinoase de pe mâini erau diminuate, de pe picioare lipseau.

Examenul electroneuromiografic a contribuit esenţial la stabilirea diagnosticului corect.

**Indicaţi:**

A. Tipul şi varianta tulburărilor de sensibilitate.
B. Starea funcţională a sistemului motilităţii.
C. Diagnosticul.
D. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 17.**

Un pictor în vârstă de 42 de ani prezenta acuze de imposibilitatea ridicării mâinii drepte mai sus de nivelul umărului.

Examenul neurologic a constatat o limitare a mişcărilor de flexiune dorsală a mâinii propriu-zise drepte şi degetelor mâinilor bilateral, reducerea flexiei dorsale a talonului piciorului stâng, ieşirea în afară a marginii interne a omoplatului drept. Erau prezente fasciculaţii musculare difuze, o hipotrofie moderată a muşchilor centurii humero-scapulare pe dreapta şi a muşchilor gastrocnemieni bilateral.

Conţinutul de plumb în serul sanguin a contribuit la stabilirea diagnosticului.

**Indicaţi:**

A. Cum se numeşte limitarea mişcărilor active ale unui membru pe motiv de suferinţă a sistemului nervos central sau periferic.
B. Din care sindrom de suferinţă a motilităţii fac parte fasciculaţiile patologice şi hipotrofia musculară.
C. Localizarea anatomică a procesului patologic.
D. Diagnosticul clinic.
E. Opţiunile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile cu care e necesar să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 18.

Un băiat de 14 ani s-a adresat după ajutor medical pe motiv că omoplații „se desprind în afară de la cutia toracică, ca nişte aripi". Colectarea anamnesticului a constatat că în decursul ultimului an pacientul a observat o slăbiciune în extremități, care l-a silit să abandoneze înotul. Unchiul de sânge al băiatului a decedat la o vârstă tânără, fiind bolnav de o maladie ereditară.

Examenul neurologic a scos în evidență următoarele manifestări clinice: „buze de tapir", „omoplați-aripi", „mers de rață", manevra Gowers pozitivă, abolirea tuturor reflexelor osteotendinoase.

Analiza morfo-histologică a bioptatului muscular, examenul electromiografic cu ac-electrod au confirmat diagnosticul clinic.

**Indicați:**

A. Denumirea maladiei.
B. Localizarea anatomică a procesului patologic.
C. Care investigații complementare, în afara biopsiei musculare şi a examenului electromiografic cu ac-electrod, pot fi de folos în stabilirea diagnosticului.
D. Manifestările specifice depistate la examenul electromiografic cu ac-electrod, proprii acestei maladii.
E. Care medic specialist, în mod obligatoriu, va fi implicat în consultul pacientului.
F. Opțiunile de tratament.
G. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 19.

Un trompetist în vârstă de 38 de ani, în decursul ultimelor două luni, avea dificultăți de mişcare voluntară a buzelor, dereglări de deglutiție pentru solide şi lichide.

Examenul neurologic a scos în evidență slăbiciunea, hipotrofia şi fasciculațiile muşchilor feței, limbii, muşchilor sternocleidomastoidian şi trapezoid bilateral; disartria; hiperreflexia osteotendinoasă de pe mâini şi picioare, semnul Babinski pozitiv bilateral.

Examenul prin rezonanță magnetică cerebrală şi cervicală, analiza lichidului cefalorahidian şi alte analize de laborator – în limite normale.

Examenul electromiografic cu ac-electrod a contribuit esențial la stabilirea diagnosticului.

**Indicați:**

A. Substratul anatomic al maladiei.
B. Sindroamele clinice descrise.
C. Denumirea maladiei.
D. Manifestările specifice depistate la examenul electromiografic cu ac-electrod, proprii acestei maladii.
E. Prognosticul.
F. Medicamentul care poate încetini progresarea maladiei.
G. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 20.

O femeie în vârstă de 65 de ani a fost spitalizată după ce, timp de 3 ani, rudele au observat la ea tulburarea memoriei şi a funcțiilor psihice, cu episoade periodice de

dereglare acută a orientării în timp şi spaţiu. Cu trei luni înainte de spitalizare, pacienta deja nu putea să se deservească fără ajutor extern permanent, avea incontinenţă urinară.

Examenul neurologic a constatat o dezorientare severă în timp şi spaţiu, afazie mixtă, apraxie, reflexe ale automatismului oral pozitive, semnul de prehensiune pozitiv pe dreapta, exagerarea reflexelor osteotendinoase de pe mâini şi picioare, cu accentuare pe dreapta.

Examenul prin rezonanţă magnetică a constatat o dilatare severă a ventriculelor cerebrale şi o atrofie difuză a scoarţei cerebrale.

**Indicaţi:**

A. Din cadrul cărui sindrom clinic neurologic fac parte semnele automatismului oral.
B. Cum se manifestă semnul de prehensiune.
C. Denumirea maladiei.
D. Lista maladiilor curabile cu care se face diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 21.

La un tânăr în vârstă de 16 ani, cu trei luni înainte de spitalizare au fost observate mişcări bruşte şi tremor progresiv în extremităţile superioare. Rudele au menţionat accese de râs în circumstanţe neadecvate, dereglări de deglutiţie.

În timpul examenului neurologic s-au constatat grimase ale muşchilor mimici, disartrie, rigiditate, tremurături şi mişcări coreice ale ambelor extremităţi superioare.

Examenul oftalmologic cu lampa cu fantă a depistat prezenţa inelului Kaizer-Fleischer. Diagnosticul a fost confirmat de analiza sângelui la conţinutul de cupru şi ceruloplasmină, examenul prin rezonanţă magnetică cerebrală şi biopsia ficatului.

**Indicaţi:**

A. Denumirea neurologică (medicală) a acceselor de râs.
B. Caracteristicile inelului Kaizer-Fleischer.
C. Denumirea maladiei.
D. Alfaglobulina absentă în plasma sanguină a bolnavului, responsabilă de transportarea cuprului în organism.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.
F. Opţiunile de tratament.

## CAZUL NR. 22.

La un bărbat în vârstă de 29 de ani în decursul ultimului an periodic se observa clătinatul în timpul mersului; el se plângea de vertij şi diplopie. Cu o săptămână înainte de a se adresa medicului, pacientul a remarcat instalarea unei pete negre în jumătatea stângă a câmpului vizual.

Examenul obiectiv a depistat un scotom paracentral în câmpul vizual al ochiului stâng, nistagmus la privire spre stânga, tulburări de motilitate conjugată a globilor oculari, hipoacuzie de percepţie pentru urechea stângă, disdiadokokinezie şi tremor al mâinii stângi, ataxie şi hiperreflexie pentru extremităţile drepte.

Examenul clinic a fost confirmat prin potenţiale evocate somatosenzoriale, potenţiale evocate vizuale, analiza lichidului cefalorahidian la benzi oligoclonale şi rezonanţă magnetică cerebrală.

**Indicaţi:**

A. Ce se numeşte *nistagmus*.
B. Care sunt manifestările patognomonice ale maladiei depistate prin examenul de rezonanţă magnetică cerebrală.
C. Denumirea maladiei.
D. Variantele clinice de evoluţie a maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.
F. Opţiunile de tratament.

**CAZUL NR. 23.**

Unei femei în vârstă de 38 de ani, timp de 2 ani i se întâmplau accese de dureri violente în hemifaţa stângă, rebele la orice medicaţie. Cu două luni înainte de a se adresa după ajutor medical, s-au instalat vocea răguşită şi respiraţia zgomotoasă.

Examenul neurologic a constatat lipsa reflexului cornean stâng, hipoalgezia hemifeţei stângi, nistagmus la privire spre stânga, deviaţia uvulei în stare de repaus spre dreapta, hipotrofia şi fasciculaţiile hemilimbii stângi, anestezia algică şi termică în regiunea centurii humero-scapulare drepte şi a mâinii drepte, tremurătura intenţionată a mâinii stângi.

Examenul lichidului cefalorahidian, alte investigaţii complementare s-au dovedit a fi în limite normale. Diagnosticul a fost stabilit pe bază de examen prin rezonanţă magnetică cerebrală.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul de localizare.
B. Care probă clinică pune în evidenţă tremurătura intenţionată a mâinii.
C. Denumirea maladiei.
D. Principiul examenului prin rezonanţă magnetică.
E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 24.**

Un bărbat de 39 de ani prezenta acuze la mişcări involuntare neîndemânatice în extremităţile superioare, dificultăţi la mers.

Examenul neurologic a scos în evidenţă hiperkinezele de tip coreic ale muşchilor mimici şi mâinilor, mersul cu devieri specifice ale trunchiului corpului, lentoare în raţionament, diminuarea atenţiei.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a constatat dilatarea sub formă de „fluture" a ventriculelor cerebrale laterale.

Rezultatele examenelor de laborator şi ale altor investigaţii complementare erau în limite normale.

Tatăl pacientului a decedat în clinica de psihiatrie în vârstă de 45 de ani.

**Indicaţi:**

A. Sensul cuvântului *hiperchineze*.
B. Nervul responsabil de inervaţia muşchilor mimici.
C. Denumirea maladiei.
D. Numărul total de ventricule cerebrale.
E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie de făcut diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 25.**

La o femeie în vârstă de 28 de ani, care în copilărie a suportat o serie de boli infecţioase ale urechilor, cu două săptămâni înainte de spitalizare au fost observate eliminări în cantităţi mici, de culoare gălbuie, din urechea stângă. Cu o săptămână înainte de a fi spitalizată în clinică, pacienta a observat că i s-a lăsat în jos colţul gurii pe stânga şi a scăzut acuitatea auditivă pentru urechea stângă. Cu o zi înainte de spitalizare, au apărut accese de frisoane, a crescut volumul eliminărilor din ureche.

Examenul obiectiv a constatat o hipertermie de 38,3°C, edem incipient al papilei nervului optic bilateral, hemianopsie în cadranul superior pe dreapta, pareză mimică tip periferic pe stânga, lateralizarea probei Weber spre dreapta; bolnava avea halucinaţii complexe.

Diagnosticul a fost confirmat prin computer tomografie cerebrală.

**Indicaţi:**

A. Din cadrul cărui sindrom face parte edemul papilei nervului optic.
B. Funcţia cărui nerv cranian se examinează prin proba Weber.
C. Prin ce se manifestă pareza mimică de tip periferic.
D. Denumirea maladiei.
E. Principiul computer tomografiei.
F. Lista maladiilor curabile în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 26.**

O fetiţă de 12 ani, cu o săptămână înainte de spitalizare, avea febră (39,5°C), dureri acute în urechea dreaptă şi eliminări gălbui din orificiul auricular drept.

Medicul de familie a stabilit diagnosticul de otită medie, a administrat antibioterapie, starea pacientei s-a îmbunătăţit. Cu o zi înainte de spitalizare, temperatura corpului s-a ridicat din nou, s-a instalat o cefalee violentă cu localizare predominantă în regiunea suboccipitală. Mama copilului a menţionat că mersul deviază spre dreapta.

Examenul neurologic a depsitat un nistagmus orizontal la privire spre dreapta, poziţia forţată a capului cu înclinare spre dreapta, disdiadokokinezia şi dissinergia mâinii drepte, ataxie cu bază lărgită a mersului, în poziţia Romberg – deviere spre dreapta.

Diagnosticul clinic a fost confirmat prin computer tomografie cerebrală.

**Indicaţi:**

A. Ce se numeşte *nistagmus*.
B. Cum se controlează proba de diadokokinezie.
C. În ce constă proba Romberg.
D. Denumirea maladiei.
E. Cine a inventat computer tomografia.
F. Lista maladiilor curabile în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 27.**

Un bărbat în vârstă de 44 de ani, un alcoolic inveterat, a fost adus în secţia de internare în stare de stupoare – precomă.

Examenul obiectiv a constatat: midriază bilaterală cu fotoreacţie leneşă; o limitare severă a mişcărilor globilor oculari; îndeplinirea altor instrucţiuni simple – imposibilă. În dimineaţa zilei următoare starea de atenţie a bolnavului era mai bună, dar

s-a instalat o disartrie uşoară, pacientul acuza diplopie. S-a constatat o oftalmoplegie completă. Toate rezultatele examinărilor de laborator şi complementare s-au dovedit a fi normale. La 36 de ore după iniţierea tratamentului cu tiamină, oftalmoplegia s-a redus până la mişcări normale ale globilor oculari.

**Indicaţi:**

A. Ce înseamnă midriază.
B. Ce înseamnă diplopie.
C. Sinonimul cuvântului *tiamină*.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 28.

Un bărbat în vârstă de 55 de ani, în ultimele 2 luni, prezenta acuze la dureri de cap paroxistice cu localizare bitemporală. Soţia pacientului a relatat că pe parcursul ultimului an el avea tulburări esenţiale ale memoriei recente, labilitate emoţională exagerată, nu interpreta corect vorbele celui care i se adresa. În urmă cu 13 ani, pacientul s-a tratat pe motiv de erupţii pe penis (cura de tratament a constat din câteva injecţii).

Dintre cele mai importante manifestări clinice menţionăm: lipsa reacţiei pupilelor la lumină, cu păstrarea reacţiei pupilare la acomodare. Examenul prin computer tomografie cerebrală a constatat dilatarea sistemului ventricular cerebral şi atrofia cortexului. La stabilirea diagnosticului au contribuit esenţial examenele speciale de laborator.

**Indicaţi:**

A. Cum se numeşte sindromul de abolire a fotoreacţiei pupilare cu păstrarea reacţiei pupilare la acomodare (numele autorului).
B. Ventriculele cerebrale vizualizate prin computer tomografie cerebrală.
C. Denumirea maladiei.
D. Examenele speciale de laborator care au contribuit la stabilirea diagnosticului.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 29.

Un bărbat în vârstă de 48 de ani acuza o cefalee acută localizată în regiunea suboccipitală şi diplopie. În decursul ultimelor şase săptămâni, pacientul are frisoane periodice, creşterea temperaturii corpului, transpiraţii nocturne abundente.

Examenul neurologic a constatat stază papilară optică, limitarea mişcărilor active ale globului ocular drept spre exterior, abolirea reflexului conjunctival pe dreapta, o închidere incompletă a ochiului drept la încercare voluntară, semnul „paletei" pozitiv pe dreapta, hipoacuzie pentru urechea stângă, redoare occipitală de 3–4 degete.

Examenul lichidului cefalorahidian a constatat sindromul licvoreean meningitic cu o rată de limfocite neutrofile 70:30%, hipoglicorahie şi hipoclorurorahie.

*Examenul bacteriologic şi microscopia sputei au confirmat diagnosticul.*

**Indicaţi:**

A. Ce indică *mânerul* în semnul *paletei*.
B. Din grupul căror simptome clinice face parte redoarea cefei.
C. Lezarea căror structuri din sistemul auditiv poate cauza hipoacuzie unilaterală.
D. Prin ce se manifestă sindromul licvoreean meningitic.
E. Denumirea maladiei.

## CAZUL NR. 30.

O femeie în vârstă de 42 de ani acuza dureri de cap localizate în regiunea frontală pe dreapta, în decursul ultimilor trei ani. Cu opt luni înainte de spitalizare, soțul pacientei a remarcat că „ochiul drept a devenit mai mare decât cel stâng", iar în urmă cu trei luni, pacienta a remarcat diplopie la privire spre stânga.

Examenul neurologic a constatat o exoftalmie pe dreapta, stază papilară optică pe dreapta, limitare parțială de motilitate a globului ocular drept în sus, în jos și medial, midriază pe dreapta, fotoreacție leneșă a pupilei drepte, precum și încetinirea reacției pupilare de acomodare, diminuarea reflexului cornean pe dreapta.

Craniografia convențională a constatat creșterea densității orbitei drepte și reducerea dimensiunilor aripii osului sfenoid drept. Diagnosticul a fost confirmat prin computer tomografie cerebrală.

**Indicați:**

A. Metoda de examinare, capabilă să detecteze staza papilară optică.
B. Nervul cranian responsabil de mișcarea globului ocular în sus, în jos și medial.
C. Nervul cranian care realizează porțiunea aferentă a arcului reflex la lumină a pupilei (fotoreacția).
D. Care nervi cranieni participă la realizarea reflexului cornean.
E. Denumirea maladiei.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 31.

Un bărbat în vârstă de 61 de ani a dezvoltat un acces jacksonian motor cu debut în piciorul stâng. A fost internat în clinica neurologică în stare de stupoare. Soția pacientului a menționat că el este un fumător înrăit, are tuse cronică a fumătorului. În decursul ultimelor câtorva luni, în spută se observau cheaguri de sânge.

Examenul neurologic a scos în evidență o hemipareză de tip flasc pe stânga, cu accentuare în mână, semnul Babinski pozitiv pe stânga. Spre dimineață, starea pacientului s-a ameliorat, însă s-au constatat dificultăți în actul de gândire, dereglarea memoriei pentru evenimentele recente, hemipareza stângă ușor exprimată.

Computer tomografia cerebrală a depistat două focare clar delimitate, cu edem perilezional.

**Indicați:**

A. Manifestările accesului jacksonian motor.
B. Semnele clinice și electrofiziologice ale unei pareze de tip flasc.
C. Din cadrul căror semne neurologice face parte semnul Babinski.
D. Ce este pareza.
E. Denumirea maladiei.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 32.

O femeie în vârstă de 57 de ani acuza „gălăgie" în urechea stângă în decursul ultimilor cinci ani și dereglări de echilibru la mers în decursul ultimelor șase luni.

Examenul neurologic a pus în evidență un nistagmus orizontal la privire spre stânga, o reducere severă a acuității auditive pentru urechea stângă, cu lateralizarea probei Weber spre dreapta, lipsa reflexului cornean pe stânga și mers ataxic cu bază lărgită.

Craniografia convențională a depistat eroziunea marginilor osoase ale orificiului auditiv stâng. Examenul prin computer tomografie cerebrală, potențiale evocate auditive au confirmat diagnosticul.

**Indicați:**

A. Varianta medicală: *gălăgie în urechi*.
B. Cu ajutorul cărui dispozitiv se controlează proba Weber.
C. Ce fel de hipoacuzie avea pacienta.
D. Principiul metodei de potențiale evocate auditive
E. Denumirea maladiei.
F. Lista maladiilor curabile cu care e necesar să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 33.**

O femeie în vârstă de 38 de ani acuza diplopie și dureri în regiunile orbitală și maxilară pe dreapta.

Examenul neurologic a constatat o ptoză palpebrală superioară parțială pe dreapta, limitarea mișcării globului ocular drept în toate direcțiile, iar a celui stâng – spre nas. Reflexul cornean pe dreapta lipsea; lipsea și sensibilitatea doloră pe fruntea și obrazul din dreapta.

Radiografia sinusurilor paranazale, nazofaringoscopia, iar la sfârșit și examenul prin rezonanță magnetică cerebrală au contribuit la stabilirea diagnosticului.

**Indicați:**

A. În funcția cărui nerv cranian intră ridicarea voluntară a palpebrei superioare.
B. Care nerv cranian culege sensibilitatea doloră de pe frunte și de pe obraz.
C. Denumirea sinusurilor paranazale.
D. Principiul rezonanței magnetice.
E. Denumirea maladiei.
F. Lista maladiilor curabile cu care e necesar să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 34.**

În urmă cu trei ani, la un bărbat în vârstă de 49 de ani au apărut accese jacksoniene motorii cu debut în piciorul stâng. Cu aproximativ un an înainte de spitalizare, a simțit slăbiciune în piciorul stâng, cefalee periodică, cu localizare în regiunea frontală dreaptă. Semnele și simptomele menționate aveau caracter progresiv.

Examenul neurologic a detectat o slăbiciune severă la îndoirea și dezdoirea degetelor piciorului stâng, hiperreflexie pe stânga și semnul Babinski pozitiv pe stânga.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a contribuit la stabilirea diagnosticului.

**Indicați:**

A. Cum se examinează și cum se manifestă semnul Babinski.
B. Diagnosticul de localizare (topografic).
C. Principiul computer tomografiei.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 35.

Un bărbat în vârstă de 69 de ani se plângea de o slăbiciune periodică în extremitățile drepte, cu o durată de la 15 minute până la 4 ore, în decursul ultimelor șase luni. Cu o zi înainte de spitalizare, pacientul a simțit o înrăutățire a acuității vizuale pentru ochiul stâng, care a apărut și a progresat în decurs de patru ore. În aceeași seară a apărut din nou slăbiciunea în extremitățile drepte, care a crescut și s-a menținut până la momentul spitalizării în secția de neurologie. Pacientul suferă de hipertensiune arterială și diabet zaharat.

Examenul obiectiv a constatat o îngustare a vaselor retiniene, paliditatea papilei optice pe stânga, o pată de culoare galben-verzuie în regiunea maculei stângi, reducerea cu 20% a acuității vizuale pentru ochiul stâng, îngustarea concentrică a câmpului vizual pentru ochiul stâng. În afară de aceasta, se putea observa pareza mimică de tip central pe stânga, o hemipareză dreaptă moderată cu semnul Babinski pozitiv.

Examenele complementare prin ultrasonografie Doppler tridimensională computer tomo-angiografie au contribuit esențial la stabilirea diagnosticului.

**Indicați:**

A. Cum pot fi definite accesele de slăbiciune periodică în hemicorp.
B. Manifestările parezei mimice de tip central.
C. Principiul ultrasonografiei Doppler.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 36.

La o femeie în vârstă de 57 de ani s-a instalat brusc un sunet neplăcut în urechea dreaptă, vertij, dureri în hemifața dreaptă.

Examenul neurologic a scos în evidență nistagmusul orizontal la privire spre dreapta, ptoza palpebrală superioară parțială pe dreapta, mioză pe dreapta, hipoacuzia de percepție pe dreapta, tremurătura intenționată la îndeplinirea probei indice-nas și călcâi-genunchi pe dreapta, hemihipoestezie algică și termică pe dreapta, căderea spre dreapta în poziția Romberg.

Examenul clinic a fost confirmat de ultrasonografia Doppler și rezonanța magnetică cerebrală.

**Indicați:**

A. Definiția vertijului.
B. Ce este mioza.
C. Manifestările hipoacuziei de percepție.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 37.

Un bărbat stângaci, în vârstă de 69 de ani, și-a pierdut brusc puterea în piciorul stâng, s-a împiedicat și a căzut.

Examenul neurologic a constatat o confuzie, dezorientare, tulburare a vorbirii, pareza de tip flasc a piciorului stâng (proba Barré inferioară pozitivă pe stânga), slăbiciune ușor exprimată în mâna stângă, semnul Babinski pozitiv pe stânga.

Examenul de ultrasonografie Doppler tridimensional şi rezonanţa magnetică cerebrală au confirmat diagnosticul.

**Indicaţi:**

A. Care sistem din cadrul sistemului nervos a fost implicat în procesul patologic.
B. Unde se află analizorul cortical al vorbirii motorii.
C. Cum se explorează proba Barré inferioară.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 38.

La o femeie în vârstă de 39 de ani, care suferea de recidive de sinuzite paranazale, localizate de obicei pe dreapta, brutal s-au instalat o hipertermie, cefalee cu sediul în regiunea frontală pe dreapta şi edemul regiunii periorbitale pe dreapta.

Examenul neurologic a constatat: edemul ţesuturilor periorbitale pe dreapta, chemoză, ptoză, exoftalmie şi oftalmoplegie completă pe dreapta. Suplimentar au fost depistate abolirea reflexului cornean pe dreapta, staza venoasă la retinoscopia ochiului drept.

Analiza lichidului cefalorahidian a constatat un sindrom licvoreean meningitic cu 100% de neutrofile. În pofida antibioterapiei masive, pacienta a decedat peste două zile de la spitalizare.

**Indicaţi:**

A. Nervii cranieni cuprinşi în procesul patologic.
B. Ce se numeşte *oftalmoplegie*.
C. Cum se efectuează puncţia lombară.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 39.

La un bărbat în vârstă de 72 de ani, seara, după un efort fizic, s-a instalat o cefalee bitemporală cu caracter apăsător şi o slăbiciune uşoară în mâna propriu-zisă şi antebraţ pe dreapta. În dimineaţa zilei următoare soţia pacientului a constatat că el nu poate vorbi, reducerea mişcărilor active în extremităţile drepte.

Examenul neurologic a depistat o afazie motorie, pacientul susţinând discuţia prin gesturi „Da" şi „Nu". Obiectiv era prezentă o pareză mimică de tip central pe dreapta, hemipareza pe dreapta (severă în mână, moderată în picior), diminuarea simţului de vibraţiune pe dreapta.

Diagnosticul a fost confirmat pe baza ultrasonografiei Doppler a vaselor magistrale cervico-cerebrale, computer tomo-angiografiei cerebrale.

**Indicaţi:**

A. Cum se manifestă afazia motorie.
B. Prin ce se manifestă pareza mimică de tip central.
C. Diagnosticul de localizare (diagnosticul topografic).
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 40.

La o femeie în vârstă de 28 de ani, cu valvulopatie reumatică şi fibrilaţie atrială în anamneză, brutal s-a instalat o hemianopsie în jumătatea stângă a câmpului vizual şi o cefalee acută localizată occipital.

Examenul obiectiv a depistat o hemianopsie omonimă stângă, cu fotoreacţie pupilară intactă.

Examenul prin rezonanţă magnetică cerebrală a confirmat diagnosticul.

**Indicaţi:**

A. Arcul reflex la lumină.
B. Prin ce se manifestă o hemianopsie omonimă.
C. Diagnosticul de localizare (diagnosticul topografic).
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 41.

Un bărbat în vârstă de 28 de ani acuza o cefalee permanentă localizată bifrontal, diminuarea acuităţii vizuale în decursul ultimelor trei săptămâni. Ultimele opt luni au fost marcate de o cefalee intermitentă în regiunea frontală; pacientul a devenit supărăcios, se irita uşor, întâmpină greutăţi în comunicare. Rudele au remarcat şi o hipersomnie a pacientului: putea să doarmă şi 30 de ore la rând, fără să se trezească. Cu aproximativ 10 luni în urmă, mergând cu bicicleta, a căzut, a avut o rană scalpată a ţesuturilor moi ale capului.

Examenul neurologic a determinat edem incipient al papilelor optice, midriază pe stânga şi o hemipareză pe dreapta uşor exprimată.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a confirmat diagnosticul.

**Indicaţi:**

A. Fazele evoluţiei modificărilor papilei optice în cazul unui sindrom de hipertensiune intracraniană.
B. Prin ce se manifestă o hemipareză de tip central.
C. Ce este midriaza.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 42.

Un bărbat în vârstă de 38 de ani a suferit un traumatism craniocerebral grav în cadrul unui accident rutier. A avut o scurtă pierdere de cunoştinţă, a fost transportat la punctul traumatologic din apropiere.

Radiografia obişnuită a craniului a depistat o fractură a osului temporal drept. După aproximativ 2 ore de la traumatism, pacientul şi-a pierdut din nou cunoştinţa.

Examenul obiectiv a determinat: TA 150/60 mm Hg, pulsul – 58 bătăi pe minut, pupila dreaptă dilatată, cu abolirea reacţiei la lumină, areflexie în extremităţile stângi.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a confirmat diagnosticul.

**Indicaţi:**

A. Cum se numeşte intervalul de timp de la traumatismul cranian până la instalarea manifestărilor neurologice.
B. Cauza reducerii tensiunii arteriale şi a frecvenţei pulsului.

C. Cauza midriazei.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 43.**

Un tânăr de 18 ani acuza un disconfort în regiunea suboccipitală, zgomot în urechi, instabilitate la mers. Problemele respective au apărut în ultimul an.

Examenul neurologic a descoperit scăderea acuității auditive la ambele urechi, cu proba Schwabach în limite normale, nistagmus orizontal, hipotrofia limbii și fasciculații ale ei, dismetrie bilaterală, dissinergia și tremurătura intenționată a ambelor mâini, mers ataxic cu bază lărgită.

Examenul radiografic al craniului a descoperit că atlantul este sudat de osul occipital. Apofiza dințată a axisului se proiecta mai sus de linia Chemberlen. Diagnosticul a fost confirmat prin examenul de rezonanță magnetică cerebrală.

**Indicați:**

A. Cu ajutorul cărui dispozitiv se examinează proba Schwabach.
B. Care nerv cranian inervează mușchiul limbii.
C. Care probă determină prezența tremurăturii intenționate.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 44.**

O femeie în vârstă de 45 de ani, pe parcursul ultimilor trei ani, menționa accese de vertij, zgomot și senzația de înfundare a urechii drepte, care durau de la 2 până la 6 ore. Mai târziu, pacienta a observat o reducere a acuității auditive pentru urechea dreaptă, deosebit de pronunțată în timpul acceselor.

Examenul neurologic efectuat în timpul accesului a constatat nistagmus la privire spre stânga, hipoacuzie de percepție pentru urechea stângă, mai ales pentru tonurile joase, instabilitate în poziția Romberg.

Examenul lichidului cefalorahidian, radiografia craniului, precum și a orificiului auditiv intern, tomografia computerizată cerebrală s-au dovedit a fi normale.

**Indicați:**

A. Maladiile care pot fi însoțite de vertij.
B. Cum se examinează acuitatea auditivă.
C. Conținutul normal de proteine în lichidul cefalorahidian.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 45.**

Un pedagog în vârstă de 50 de ani prezenta acuze de dificultăți în timpul scrisului și tremurătură a mâinii drepte în decursul ultimelor două luni.

Examenul neurologic a determinat prezența hipomimiei, tremurătura de repaus a ambelor mâini la efort minimal, precum și mersul cu pași mici și înclinarea corpului înainte.

Examenul prin computer tomografie cerebrală n-a depistat abateri substanțiale de la indicii normali.

**Indicați:**

A. Care sistem din cadrul sistemului nervos central, fiind afectat, poate genera tremurătura mâinii.
B. Cum se numește o asemenea dereglare de mers.
C. În ce unități se măsoară densitatea țesuturilor în cadrul examenului CT.
D. Denumirea maladiei.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 46.

Pacienta M., în vârstă de 21 de ani, studentă, acuza dureri de cap sever exprimate. Accesele de dureri de cap au apărut cu aproximativ cinci ani în urmă; debutează, de regulă, în regiunea fronto-temporală dreaptă, se intensifică rapid și se răspândesc asupra întregului hemicraniu pe dreapta, inclusiv pe globul ocular; sunt însoțite de vome repetate. Starea pacientei se ameliorează atunci când se spală pe cap și când doarme. Accesele durează de la 6 până la 12 ore. Mama pacientei și sora ei mai mare suferă de dureri de cap.

Examenul obiectiv: palidă, stă culcată cu ochii închiși. Lumina zilei și mișcările globilor oculari intensifică durerea de cap. Pulsul – ritmic, 90 bătăi pe minut. Simptomatologie de focar, semne meningiene lipsesc. TA 110/70 mm Hg.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Măsurile terapeutice necesare.
C. Investigațiile complementare.
D. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 47.

Un bărbat în vârstă de 47 de ani, inginer, în timpul unei luări de cuvânt în cadrul adunării de serviciu, a simțit o durere în regiunea cervico-occipitală, senzația de vertij, fără mișcarea obiectelor din jur, i-a apărut „o plasă" în fața ochilor, senzația de căldură, transpirație abundentă. Și-a întrerupt cuvântarea și a fost dus la punctul medical al întreprinderii.

Examenul obiectiv: fața și gâtul – hiperemiate, hemoragie proaspătă sub sclera ochiului drept, pulsul – încordat, 86 bătăi pe minut, TA – 210/100 mm Hg, zgomote cardiace puternice, se distinge accentul zgomotului II pe aortă. Pacientul este excitat și enervat. Se observă un tremor ușor al mâinilor și picioarelor. Zone de hiperestezie și hiperpatie algică pe hemicorpul drept, fără hotare strict delimitate. Semnele meningiene – negative. În timpul examenului clinic a vomitat. Asemenea situație i se întâmplă pentru prima dată. În urmă cu un an, în timpul examenului medical profilactic, s-au constatat cifre majorate ale tensiunii arteriale – 150/90 mm Hg. Nu s-a adresat după ajutor medical, tratamente nu a făcut.

**Indicați:**

A. Cum apreciați starea generală a bolnavului.
B. Ce înseamnă hiperpatie.
C. Măsurile terapeutice necesare.
D. Diagnosticul prezumtiv.
E. Investigațiile complementare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 48.**

O femeie în vârstă de 54 de ani, bibliotecară, în timpul ridicării pe scară cu câteva cărţi în mână, a simţit brusc o slăbiciune în mâna stângă. A reuşit cu greu să ducă cărţile la destinaţie. În decurs de 30–40 de minute, slăbiciunea în mâna stângă a progresat semnificativ, astfel încât bolnava nu era în stare să ţină nimic în ea. La policlinică a venit singură, dificultăţi la mers nu avea. Din anamnestic s-a stabilit că de 5 ani suferă de angor pectoral; cu un an în urmă, după o suprasolicitare fizică şi psihoemoţională, a avut o slăbiciune în piciorul stâng, care a durat aproximativ 24 de ore. Anume atunci, pentru prima dată, a fost depistată creşterea tensiunii arteriale – 160/100 mm Hg.

Examenul obiectiv: pulsul – ritmic, 78 bătăi pe minut, TA – 150/100 mm Hg. Sunt diminuate acuitatea vizuală pentru ochiul drept şi expresia plicii nazolabiale stângi. O deviaţie uşoară a limbii spre stânga, o disartrie uşoară. Pareza mâinii stângi cu diminuarea puterii în ea până la 2 puncte. Hipotonia mâinii stângi, reflexele osteotendinoase de pe ea – exagerate. Puterea în picioare – satisfăcătoare bilateral, tonusul în ele – nemodificat, cu predominarea expresiei reflexelor de pe piciorul stâng. Semnele patologice, meningiene – negative.

**Indicaţi:**

A. Ce este disartria.
B. Cum se examinează tonusul muscular.
C. Diagnosticul prezumtiv.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 49.**

Pacientul F., în vârstă de 59 de ani, contabil, se plânge de vertij (senzaţia că toate obiectele din jur se rotesc). Dimineaţa, când s-a trezit, a încercat să se ridice în picioare, dar nu a putut, din motiv de vertij şi instabilitate. A avut vomă repetată. Asemenea accese nu a mai avut vreodată. Însă în ultimii 2–3 ani deseori avea senzaţia de „cap greu", cu zgomote. I-a scăzut capacitatea de muncă, a devenit uşor iritabil, indispus.

Examenul obiectiv: bolnavul este palid, îngrijorat, preferă să stea culcat pe spate, cu ochii închişi. Pulsul – ritmic, 86 bătăi pe minut, TA – 130/80 mm Hg.

Stare de conştienţă deplină. Semnele meningiene – negative. Sindromul Horner – pe dreapta. Hipoalgezie – pe hemifaţa dreaptă şi pe trunchiul corpului pe stânga. Vorbeşte încet, vorbirea este nazonată. Reflexul faringian – diminuat pe dreapta. La îndeplinirea probei indice-nas se observă o tremurătură intenţionată şi dismetrie pe dreapta. Nistagmus orizontal.

În decursul zilei, starea bolnavului s-a ameliorat; în 24 de ore, simptomatologia neurologică de focar a regresat completamente.

**Indicaţi:**

A. Denumirea complexului simptomatologic de dereglare a funcţiilor senzitive şi motorii pe extremitatea cefalică pe o parte, iar pe trunchiul corpului şi în extremităţi – din partea opusă.
B. Diagnosticul prezumtiv.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 50.**

Pacienta L., în vârstă de 65 de ani, timp de 7 ani este supravegheată de medicul internist pe motiv de insuficienţă cardiocirculatorie, coronarocardioscleroză. Seara, după o activitate fizică excesivă (a lucrat în grădină), s-a instalat o tahicardie, slăbiciune generală, senzaţia de răcire a mâinilor şi picioarelor. S-a culcat. Peste aproximativ 20 de minute s-a dezvoltat slăbiciunea în mâna dreaptă, senzaţia de înţepături în jumătatea dreaptă a feţei şi limbii, vorbirea i-a devenit dificilă. A fost chemată de urgenţă ambulanţa.

Examenul obiectiv: bolnava este palidă, pielea – umedă, rece. Buzele îi sunt cianotice. Pulsul – slăbit, aritmic, 100–110 bătăi pe minut, TA – 85/50 mm Hg.

Stare de conştienţă deplină. Semnele meningiene negative. Este diminuată expresia plicii nazolabiale drepte, deviere a limbii spre dreapta. Afazie motorie. Pareză severă a mâinii drepte. Hipotonie a extremităţilor drepte. Reflexele osteotendinoase de pe mâini şi picioare D>S.

**Indicaţi:**

A. Cum se numeşte sindromul de dereglare a funcţiei motorii, prezent la pacientă.
B. Care termen medical este folosit pentru nominalizarea senzaţiilor de înţepături în hemifaţa şi hemilimba dreaptă.
C. Diagnosticul prezumtiv.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 51.**

Pacientul R., în vârstă de 33 de ani, hamal la o piaţă alimentară, a fost adus de urgenţă în secţia de internare de către ambulanţă. Din spusele celor care îl însoţeau s-a aflat că R. se consideră sănătos, face abuz de alcool, din care motiv i s-a destrămat familia. În ziua respectivă, după o suprasolicitare fizică şi psiho-emoţională, el a început să se plângă de o cefalee acută, era excitat, „tremura cu tot corpul". A băut jumătate de pahar de votcă, după care starea i s-a înrăutăţit şi mai mult: s-au intensificat cefaleea şi excitaţia, a avut vome repetate. Au chemat de urgenţă ambulanţa.

Examenul obiectiv: faţa – hiperemiată, tegumentele – umede. Pulsul – ritmic, 110 bătăi pe minut. Respiraţia – ritmică, 40–44 pe minut. Temperatura corpului 37,5°C.

Stare de conştienţă stuporoasă, nu e capabil să povestească ceva despre sine, dezorientat în timp şi spaţiu. Redoarea cefei – de 3 degete, semnele Kernig şi Brudzinski sunt pozitive. Funcţia nervilor cranieni şi funcţia motorie s-au păstrat, manifestări de dereglare a sensibilităţii nu pot fi remarcate. Reflexele osteotendinoase – înviorate, egale, semnul Babinski – pozitiv bilateral.

**Indicaţi:**

A. La care grup de semne se referă redoarea cefei, semnele Kernig şi Brudzinski.
B. La care grup de semne se referă semnul Babinski şi care este cauza lui.
C. Diagnosticul prezumtiv.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 52.**

Pacienta Z., în vârstă de 56 de ani, pedagog, de mulți ani suferă de hipertensiune arterială, iar în ultimii doi ani are accese de hipertensiune arterială până la 240/120 mm Hg. Ultimele 10 zile se afla în concediu medical pe motiv de criză hipertensivă, administra diuretice şi hipotensive, cu efect temporar. Continuau s-o deranjeze durerea de cap, starea generală proastă. Seara, după baie, starea i s-a înrăutățit brusc: s-a intensificat cefaleea, a avut vomă repetată, a încetat să recunoască persoanele din jur, nu le înțelegea vorba, apoi a intrat în comă.

Examenul obiectiv: starea generală – gravă. Respirație zgomotoasă, cu frecvența de 50 pe minut. Puls încordat, ritmic, 96 bătăi pe minut. TA – 260/140 mm Hg. Tegumentele – umede. Temperatura corpului – 37,8°C. Fără cunoştință, la excitații algice nu reacționează. Redoarea cefei – de 3 degete, semnul Kernig – pozitiv bilateral, semnul Brudzinski superior – pozitiv pe stânga. Capul şi globii oculari – deviați spre dreapta. Semnul „pânzei de catarg" – pozitiv pe dreapta. Reflexul faringian s-a păstrat. Mâna dreaptă, lăsată să cadă în jos concomitent cu cea stângă, cade mai repede. Reflexele osteotendinoase D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul topografic (de localizare).
C. Cauza devierii spre dreapta a capului şi globilor oculari.
D. În ce fel de comă se află pacienta (primară sau secundară).
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Investigațiile complementare.
G. Lista maladiilor curabile necesare pentru diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 53.**

Pacientul P., în vârstă de 82 de ani, participant la al doilea război mondial, după un traumatism craniocerebral grav, a remarcat o creştere stabilă a tensiunii arteriale. În ultimii 5–6 ani, terapia medicamentoasă, tratamentul sanatorial şi alte măsuri au contribuit la diminuarea TA doar până la 180/100 mm Hg. Se plânge frecvent de cefalee difuză, zgomot în cap. Este impulsiv, excitabil; în stare de afect devine brutal, nestăpânit, chiar agresiv. În timpul unei certe din familie, pe neaşteptate, a căzut, şi-a pierdut cunoştința, a vomitat, a avut convulsii tonice în mâini şi picioare, micțiune involuntară.

Examenul obiectiv: față roşie-stacojie, respirație rară de tip Ceyne-Stokes, puls încordat (120 bătăi pe minut), TA – 220/100 mm Hg, pupile îngustate. Reacția la lumină lipseşte. Obrazul drept „fumează pipa". În extremitățile stângi mişcări spontane nu se observă, în mâna dreaptă se observă sinkinezii patologice. Periodic se instalează rigiditatea prin decerebrare, după care se înrăutățeşte respirația, creşte transpirația. Temperatura corpului – 39°C.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul topografic (de localizare).
C. Cum se manifestă respirația de tip Ceyne-Stokes.
D. Definiția comei.
E. Cum se manifestă rigiditatea prin decerebrare şi care este cauza ei.
F. Primul ajutor medical.
G. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 54.**

Pacientul C., în vârstă de 53 de ani, acuză vome repetate şi ameţeli, care se intensifică la mişcările capului. S-a îmbolnăvit acut. În timpul discuţiei cu colegii de serviciu brutal s-a instalat vertijul, nu putea să-şi menţină echilibrul, totul în faţa ochilor „a început să plutească", au apărut greţurile, apoi voma repetată.

Mai înainte asemenea situaţii nu a avut. În ultimii cinci ani a observat o scădere a capacităţii de memorizare, o fatigabilitate sporită. Fumează mult, face abuz de alcool.

Examenul obiectiv: bolnavul stă culcat în decubit lateral drept, cu ochii închişi. La încercarea de a-şi schimba poziţia apare voma. E conştient. Nistagmus orizontal de amplitudine mare la privire spre dreapta. Are acufene în urechea dreaptă. Fonaţia şi deglutiţia s-au păstrat. Strabism, diplopie nu are. Reflexele osteotendinoase – vii, egale. Semnele patologice lipsesc. Tulburări de sensibilitate, semne meningiene nu prezintă. TA – 150/80 mm Hg. Pulsul – ritmic, 92 bătăi pe minut. Zgomotele cardiace – înăbuşite. Se determină scăderea pulsaţiei arterelor *dorsalis pedis* bilateral. Respiraţie aspră, raluri uscate diseminate. Organele viscerale – fără manifestări patologice.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul topografic (de localizare).
C. Ce sunt acufenele.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 55.**

Pacienta M., în vârstă de 63 de ani, acuză apariţia acută a zgomotului în cap, o ameţeală uşoară, „ceaţă în faţa ochilor".

Aproximativ de 10 ani este supravegheată de medicul de familie pe motiv de angor pectoral. Cu doi ani în urmă, a suferit de pneumonie.

Examenul obiectiv: acuitatea vizuală la ambii ochi 1,0. Hemianopsie omonimă stângă. Alte manifestări neurologice de focar nu are. TA – 150/80 mm Hg. Zgomotele cardiace – înăbuşite, fluter atrial, pulsul – 92–98 bătăi pe minut.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul topografic (de localizare).
C. Ce este hemianopsia omonimă.
D. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 56.**

Medicul neurolog a fost chemat de urgenţă la un bolnav, care se află în secţia de boli interne pe motiv de infarct miocardic, cu vechime de o lună. Bolnavului i se permite să se ridice şi să se plimbe. Brusc, după ce s-a ridicat în picioare din poziţie orizontală, bolnavul a devenit palid, şi-a pierdut cunoştinţa şi a căzut. Peste câteva minute, el şi-a recăpătat cunoştinţa şi a devenit completamente orientat. Se plânge de zgomot în cap şi de o slăbiciune generală.

Examenul obiectiv: palid, pulsul 32 bătăi pe minut, aritmic. TA – 110/70 mm Hg. Simptomatologie neurologică de focar nu are. Pacientul este indolent, apatic.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul topografic (de localizare).
C. Definiția stării de conștiență.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 57.**

Bolnavul S., în vârstă de 28 de ani, a fost internat în spital pe motiv de cefalee localizată în regiunile frontală și occipitală, instalată brutal, foarte violentă, „de parcă ar fi fost lovit cu ceva în cap", grețuri, vome repetate. În ziua spitalizării, dimineața, s-a instalat o durere de cap acută, a vomitat. Nu și-a pierdut cunoștința, pareze nu are.

Examenul obiectiv: somatic sănătos, TA – 120/80 mm Hg. Anizocorie S>D, fotoreacție pupilară leneșă, este ștearsă plica nazolabială dreaptă, semnul paletei – pozitiv pe dreapta. Tonusul și puterea musculară – în limite normale. Reflexele osteotendinoase – înviorate, D>S. Fără semne patologice, meningiene. Sunt exprimate semnele Kernig, Brudzinski și redoarea cefei. Evaluat după scala Hunt-Hess la gradul II.

Analiza lichidului cefalorahidian: presiune crescută, culoare roșie, tulbure, proteine 0,1 g/l, eritrocite proaspete acoperă într-un strat rar câmpul de vedere.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Ce este anizocoria.
C. Manifestările pacientului evaluat după scala Hunt-Hess la gradul II.
D. Investigațiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 58.**

Bolnava D., în vârstă de 35 de ani, a fost internată în secția de neurologie cu acuze la durere violentă cu caracter pulsatil în jumătatea stângă a capului, grețuri.

Suferă de cefalee de la vârsta de 15 ani. Durerile de cap apar sub formă de accese, *decurg în același mod: se întunecă în fața ochilor, uneori până la amauroză,* cu durata de câteva secunde, apoi apar cercuri „de curcubeu" în fața ochilor, vede doar o jumătate din obiectele înconjurătoare. Se termină accesul cu o durere de cap violentă, uneori cu vomă.

Examenul obiectiv: bolnava stă culcată pe spate, cu ochii închiși, tegumentele – palide. TA – 140/75 mm Hg. Pulsul – 86 bătăi pe minut. Mișcările globilor oculari sunt dureroase, este diminuată convergența. Alte semne neurologice nu prezintă.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Ce este amauroza.
C. Investigațiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesate în diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 59.

Bolnavul C., în vârstă de 40 de ani, în ultimele 3 zile a avut dureri de cap ce progresau lent şi erau însoţite de vertij. În ziua a patra s-a dezvoltat o slăbiciune în extremităţile stângi, s-a tulburat deglutiţia pentru lichide şi solide. Seara, bolnavul a devenit somnolent.

În anamnestic – otită purulentă pe dreapta.

Examenul obiectiv: starea generală a bolnavului – gravă, este apatic şi indolent, la întrebări răspunde doar la insistenţă. Uneori, răspunsurile nu sunt adecvate. Pe partea dreaptă faţa este cianotică şi edemaţiată, pe aceeaşi parte e pozitiv sindromul Claude Bernard-Horner. Nistagmus orizontal uşor exprimat la privire spre dreapta, uvula – în stare de repaus, deviată spre dreapta; pe aceeaşi parte e diminuat reflexul faringian; când înghite, lichidele refluează pe nas. Vocea este răguşită. Hiporeflexie osteotendinoasă pe stânga, pe aceeaşi parte este pozitiv semnul Babinski.

Tulburări cerebeloase nu are.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se manifestă sindromul Claude Bernard-Horner.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 60.

Bolnavul G., în vârstă de 48 de ani, este internat de urgenţă în clinică în stare gravă, cu acuze la slăbiciune în extremităţile stângi, tulburări în vorbire şi deglutiţie.

Din anamnestic: în ultimii 7 ani suferă de tromboflebită a venelor extremităţilor inferioare. Cu trei zile în urmă, în timpul unui efort fizic, a simţit o ameţeală intensă, slăbiciune generală, „musculiţe" în faţa ochilor. Peste aproximativ o oră, starea pacientului s-a normalizat, după ajutor medical nu s-a adresat. În ziua internării, a simţit amorţire şi furnicături în mâna dreaptă, apoi s-au asociat ameţelile, greţurile, i s-a întunecat în faţa ochilor, şi-a pierdut cunoştinţa pentru 3–5 minute.

Examenul obiectiv: bolnavul este conştient, faţa – palidă, respiraţia ondulează cu o frecvenţă de 24 pe minut. TA – 140/80 mm Hg. Pulsul pe artera cubitală dreaptă nu se determină, pe stânga este de umplere satisfăcătoare, 86 bătăi pe minut.

Sindromul Claude Bernard-Horner este pozitiv pe dreapta. Nistagmus orizontal. Limba deviază spre dreapta, este dereglată deglutiţia pentru lichide. Reflexul faringian pe dreapta – abolit, pe stânga – obişnuit. Hemipareză stângă cu reflexe osteotendinoase înviorate, clonus al talonului piciorului, semnul Babinski – pozitiv pe stânga. La îndeplinirea probei indice-nas se observă tremurătură intenţionată. Tulburări de sensibilitate, semne meningiene nu prezintă.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Care nerv realizează reflexul faringian.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 61.**

Bolnavul J., în vârstă de 23 de ani, a fost spitalizat în secţia de neurochirurgie cu acuze la slăbiciune în mâini şi picioare. Cu o zi înainte, în timpul antrenamentului (luptă clasică), a simţit o durere acută în regiunea cervicală. Peste câteva ore a remarcat amorţirea mâinii drepte, apoi a celei stângi. Peste 10–15 minute, amorţeala s-a extins pe suprafaţa trunchiului corpului şi în picioare. La scurt timp, a simţit o slăbiciune în extremităţi, cu accentuare pe stânga, convulsii musculare ritmice în muşchii extremităţilor inferioare.

Examenul obiectiv: orientat în timp şi spaţiu. Tegumentele – palide. Pulsul – 52 bătăi pe minut, ritmic. TA – 110/60 mm Hg. Funcţia nervilor cranieni – fără simptomatologie de focar. Tetrapareză. În mâini este prezentă o hipotonie musculară, în picioare – hipertonie musculară, mai ales în muşchii extensori şi aductori. Reflexele osteotendinoase de pe mâini – abolite, de pe picioare – exacerbate; semnul Babinski pozitiv bilateral; hipoalgezie segmentară $C_5$–$Th_3$ bilaterală. Retenţie de urină.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Prin ce se manifestă tipul segmentar de dereglare a sensibilităţii.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 62.**

Bolnava M., în vârstă de 59 de ani, a fost spitalizată în staţionarul neurologic pe motiv de pierdere a cunoştinţei.

Din anamnestic se cunoaşte că suferă de mulţi ani de hipertensiune arterială.

Examenul obiectiv: stare generală gravă, comă. Respiraţie stertoroasă, urmată de respiraţie de tip Biot. Anizocorie D>S. Proba „ochi de păpuşă" – negativă. Reflexul faringian – abolit bilateral. Hipotonie musculară difuză. Reflexele osteotendinoase – înviorate, cu predominanţă pe dreapta. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Semnele meningiene – negative. TA – 140/100 mm Hg. Pulsul – 110 bătăi pe minut, ritmic.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se manifestă respiraţia de tip Biot şi care este cauza ei.
C. În ce constă proba „ochi de păpuşă" negativă.
D. Investigaţiile complementare.
E. Primele măsuri medicale.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 63.**

Bolnava D., în vârstă de 70 de ani, a menţionat apariţia brutală a unui vertij, cefalee, instabilitate la mers, vomă. A fost spitalizată peste două ore de la debutul maladiei.

Din anamnestic este cunoscut că suferă de mulţi ani de hipertensiune arterială. În decursul ultimilor doi ani, de două ori a avut hemoragii nazale.

Examenul obiectiv: pacienta se află în stare de stupoare, este indolentă, la întrebări răspunde cu întârziere. Îndeplineşte comenzile elementare, se observă o dismetrie în mâna dreaptă şi în piciorul drept. Volumul de mişcări în extremităţi este deplin, pareze nu are. Reflexele osteotendinoase – vii, fără diferenţă de părţi. Sensibilitatea

s-a păstrat. Se constată o uşoară redoare a muşchilor occipitali. Pulsul – 92 bătăi pe minut, ritmic, tensionat. TA – 240/110 mm Hg.

La două ore după spitalizare, brusc, pacienta şi-a pierdut cunoştinţa. S-a instalat o respiraţie ritmică şi profundă, cu o frecvenţă de circa 25 pe minut. Pupilele au devenit înguste, S<D, au început să reacţioneze leneş la excitaţia luminoasă. Reflexele corneene – abolite. Hipotonie musculară difuză, cu accentuare în extermităţile stângi. A crescut expresia redorii muşchilor occipitali. Semnul Babinski – pozitiv bilateral.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numeşte tipul de respiraţie instalat la pacientă în stare de comă şi ce semnifică el.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 64.**

Bolnavul S., în vârstă de 25 de ani, de la vârsta de 15 ani suferă de reumatism, viciu mitral cu predominanţă de stenoză. Pe motiv de creştere a insuficienţei cardio-pulmonare i s-a efectuat operaţia de comisurotomie. După ieşirea din starea de narcoză, pacientul este pasiv, adinamic. Respiraţie frecventă, 40 pe minut. Acrocianoză. TA – 80/50 mm Hg. Strabism convergent, pareză a privirii spre dreapta, pareză mimică de tip periferic pe dreapta, tetrapareză, semnul Babinski – pozitiv bilateral, mai expresiv pe stânga. Agnozie vizuală.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Prin ce se manifestă agnozia vizuală.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 65.**

Bolnavul V., în vârstă de 42 de ani, a fost spitalizat de urgenţă în stare gravă. Din spusele soţiei, nu a suferit de nici o boală, se considera completamente sănătos. În ziua spitalizării a lucrat fizic. Brusc, s-a instalat o durere de cap, a vomat repetat. Bolnavul şi-a pierdut capacitatea de a-şi recunoaşte soţia, rudele.

Examenul obiectiv: stare de confuzie, dezorientat în timp şi spaţiu. Excitaţie psihomotorie, încearcă să se ridice de pe brancardă. Pulsul – 74 bătăi pe minut, ritmic. Zgomotele cardiace – ritmice. TA – 130/70 mm Hg. Strabism convergent. Redoare occipitală de 4 degete, semnele Kernig şi Brudzinski – pozitive bilateral. Paralizii şi dereglări de sensibilitate nu prezintă. Reflexele osteotendinoase – de expresie diminuată, egale. Evaluat la gradul III după scala Hunt-Hess.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Simptomele gradului III după scala Hunt-Hess.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 66.**

Bolnavul A., în vârstă de 60 de ani, fochist, la sfârşitul zilei de muncă a simţit o scădere tranzitorie a acuităţii vizuale pentru ochiul stâng, i s-a dereglat vorbirea şi a scăzut puterea musculară în mâna dreaptă, motiv pentru care a fost spitalizat. Asemenea situaţie se repetă a treia oară în decursul ultimului an.

Examenul obiectiv: starea generală – satisfăcătoare. Pulsul – 77 bătăi pe minut, ritmic. TA – 190/105 mm Hg. Este diminuată pulsaţia arterei carotide comune stângi. Anizocorie uşoară, S<D. Vorbirea este simplificată, săracă în cuvinte, au loc parafazii. Înţelege bine ceea ce i se spune. Apraxie ideatorie. Mişcările în articulaţia carporadială dreaptă, în degetele mâinii drepte sunt încetinite, puterea în mâna propriu-zisă pe dreapta este redusă. Hipoalgezie pe suprafaţa degetului mare al mâinii drepte. Reflexele osteotendinoase de pe mâini D>S. Examenul ECG în decursul primei săptămâni a constatat semne de insuficienţă coronariană. După tratamentul administrat starea pacientului s-a ameliorat semnificativ, a dispărut slăbiciunea în mâna dreaptă, s-a restabilit vorbirea.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Prin ce se manifestă apraxia ideatorie.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 67.**

După ce a ridicat un obiect greu la etajul 5, bolnavul O., în vârstă de 60 de ani, a simţit o durere violentă în regiunea lombară. Cu greu s-a deplasat până la pat. În decursul următoarelor două ore s-a instalat o paraplegie inferioară flască, cu dispariţia reflexelor rotuliene şi achiliene, dereglări conductive ale sensibilităţii la nivelul $Th_{12}$–$L_1$ bilateral. Semne patologice negative. Retenţie de urină.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 68.**

Bolnava P., în vârstă de 39 de ani, pedagog, a fost adusă de ambulanţă în stare de stupoare. Din spusele soţului, când traversa strada, a fost lovită de un automobil, şi-a pierdut cunoştinţa. În ambulanţă a vomitat de două ori.

Examenul obiectiv: hematom de dimensiuni mari şi o plagă cu marginile rupte pe porţiunea occipitală a craniului. Puls frecvent, 98 bătăi pe minut, slab, TA – 100/60 mm Hg. Bolnava îşi spune corect numele şi prenumele, însă nu se orientează în spaţiu şi timp. La întrebări răspunde laconic, îndeplineşte comenzile simple, greşeşte la cele mai complicate. Nu ţine minte circumstanţele celor întâmplate. Este slăbită, nu dă dovadă de iniţiativă, nu pune întrebări. Se determină semnul Kernig uşor pozitiv. Hipotonie musculară difuză. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Altă simptomatologie neurologică nu era prezentă.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numește acest tip de dereglare a memoriei.
C. Investigațiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 69.**

Bolnava M., în vârstă de 32 de ani, muncitoare, în drum spre serviciu a alunecat și a căzut, lovindu-se cu capul de asfalt. Din spusele ei, nu și-a pierdut cunoștința, doar i s-a „întunecat în fața ochilor și a văzut scântei". S-a ridicat singură, a ajuns la serviciu, dar nu a fost în stare să lucreze – avea dureri de cap, amețeli și grețuri. S-a dus la punctul medical.

Examenul obiectiv: semne de traumatizare a țesuturilor moi nu are. Pulsul – ritmic, 76 bătăi pe minut. TA – 125/80 mm Hg. Conștiența – clară. Comportamentul – adecvat. Semnele meningiene – negative. Simptomatologie neurologică de focar n-a fost depistată. Simptomul Mann – pozitiv.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Prin ce se manifestă simptomul Mann.
C. Investigațiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 70.**

Bolnavul J., în vârstă de 34 de ani, a căzut de pe motocicletă. Și-a pierdut cunoștința momentan. A fost spitalizat peste 1,5 ore de la accident. În timpul transportării a avut vome repetate, două accese convulsive generalizate.

Examenul la internare: bolnavul e în stare de comă, la examinare și excitații dureroase nu reacționează. Scorul după scala Glasgow 01+ V1+ M1 = 3 puncte. Respirație zgomotoasă, periodic de tip Ceyne-Stokes. Pulsul – ritmic, 92 bătăi pe minut. TA – 150/100 mm Hg. Pupilele – dilatate, fotoreacția – leneșă. Reflexele corneene sunt diminuate bilateral. Reflexul faringian s-a păstrat. Reflexele osteotendinoase – diminuate, egale. Semnele patologice lipsesc.

La puncție lombară lichidul cefalorahidian era transparent, se scurgea sub o presiune de 210 mm ai coloanei de apă. După puncția lombară respirația a devenit mai liniștită, a apărut reacția la excitația dureroasă prin retragere.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum poate fi comentat scorul scalei Glasgow.
C. Investigațiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 71.**

Bolnavul S., în vârstă de 6 luni, a căzut de pe masă pe podea, şi-a pierdut cunoştinţa, s-a dezvoltat un acces convulsiv cu mişcări tonico-clonice în muşchii mimici ai feţei şi ai extremităţilor pe dreapta. Accesul a durat 2–3 minute, după care au dispărut mişcările în mâna dreaptă. A vomat de două ori.

Examenul obiectiv: copilul este fără cunoştinţă. Nu reacţionează la manipulaţiile examenului medical. Semnele meningiene – negative. Fontanela mare este tensionată, extompată. Strabism divergent din contul deplasării laterale a globului ocular stâng. Pupila stângă este dilatată, mai mare în dimensiuni decât cea dreaptă. Reacţia pupilei stângi la lumină este absentă, pupila dreaptă reacţionează leneş. Reflexul cornean – viu, bilateral. Este ştearsă plica nazolabială pe dreaptă. Mişcările active în mânuţa dreaptă lipsesc. Mişcările în mânuţa stângă şi picioruşe sunt prezervate.

În timpul puncţiei lombare lichidul cefalorahidian era incolor, se scurgea sub presiune crescută, fără conţinut de eritrocite.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare (topografic).
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 72.**

Bolnavul D., în vârstă de 37 de ani, constructor, a fost lovit de un panou de beton, care balansa, în cap şi umărul stâng şi aruncat la o distanţă de 4–5 metri. Şi-a pierdut pe loc cunoştinţa. A fost adus imediat în secţia de internare.

Examenul obiectiv: deschide ochii, retrage mâna stângă la stimul dureros. Scoate nişte sunete, dar nu pronunţă cuvinte. În regiunea cervico-occipitală stângă se observă un hematom de dimensiuni mari. Multiple zdrelituri şi contuzii ale ţesuturilor moi pe jumătatea dreaptă a feţei, pe mâna dreaptă şi pe piciorul drept. Respiraţie zgomotoasă, ritmică, 21 pe minut. Pulsul – încordat, 100–110 lovituri pe minut, aritmie respiratorie. TA – 160/100 mm Hg. Redoarea cefei – de 3 degete. Semnele Kernig şi Brudzinski – uşor exprimate. Reflexele osteotendinoase D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Starea de conştienţă a bolnavului după scala Glasgow.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 73.**

Bolnavul U., în vârstă de 72 de ani, fără familie, a fost adus de vecini pe motiv de comportament neadecvat.

Examenul obiectiv: excitaţie psihomotorie, opune rezistenţă examenului clinic. În regiunea fronto-parietală pe dreapta se observă o umflătură mică, sub ochiul stâng – echimoze (nu sunt proaspete). În secţia de internare, pacientul a dezvoltat un acces convulsiv generalizat, care s-a început de la devierea capului şi globilor oculari spre

stânga. După acces a devenit somnolent. La întrebări nu răspunde, reacţionează doar la stimul dureros. Este exprimat sindromul meningian. Pulsul – ritmic, 54 bătăi pe minut. Reflexele osteotendinoase S>D. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Ce se numeşte sindrom meningian.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 74.

Bolnava C., în vârstă de 38 de ani, în timp ce traversa strada, s-a împiedicat şi a căzut, lovindu-se cu ceafa de marginea trotuarului. S-a ridicat cu ajutorul cuiva. Se plângea de cefalee intensă, ameţeli. A vomitat. A fost adusă la spital.

Examenul obiectiv: este excitată, vorbeşte în glas tare, gesticulează excesiv. Sindromul meningian este sever exprimat. Strabism convergent. Semnul Gurevici – pozitiv. Reflexele osteotendinoase – înviorate, egale. Semnul Babinski – pozitiv bilateral.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se manifestă semnul Gurevici pozitiv.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 75.

Bolnavul R., 22 de ani, a fost agresat, lovit cu un obiect dur în regiunea occipitală. Pentru câteva secunde şi-a pierdut cunoştinţa. A mers acasă şi s-a culcat, fără a anunţa rudele ce a păţit. Peste două ore s-a trezit cu dureri violente de cap, a vomitat. De urgenţă a fost transportat la spital.

Examenul obiectiv: stă cu ochii închişi, dar la cerere deschide ochii. La comandă verbală nu mişcă extremităţile, mâna localizează stimulul dureros. Are o vorbire neclară, încurcă evenimentele. Semnul Kernig – pozitiv bilateral. Pulsul – 60 bătăi pe minut, ritmic. TA – 150/100 mm Hg. Temperatura corpului – 37,5°C.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Starea de conştienţă după scala Glasgow.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 76.

Bolnavul [illegible], 42 de ani, a căzut din pom (culegea cireşe) de la o înălţime de aproximativ 2 metri, cu capul în jos. Şi-a pierdut cunoştinţa pentru 10–15 minute. Când şi-a revenit, şi-a dat seama că nu poate mişca extremităţile.

Examenul obiectiv: hipotonie musculară difuză. Reflexele osteotendinoase – abolite. Toate felurile de sensibilitate – absente, începând cu nivelul $C_5$ bilateral. Semnul

Babinski – pozitiv bilateral. Marginea superioară a vezicii urinare se palpează la nivelul ombilicului.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum trebuie transportat un asemenea bolnav.
C. Cum se numeşte tipul de dereglare a sensibilităţii.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 77.**

Bolnavul S., în vârstă de 59 de ani, în timp ce mâna caii în stare de ebrietate, a căzut din căruţă, lovindu-şi capul şi spatele. S-a ridicat singur, a mai mers câţiva paşi, apoi a căzut; au dispărut mişcările active în picioare.

Examenul obiectiv: hipotonia muşchilor extremităţilor inferioare, mişcările active în ele lipsesc. Reflexele osteotendinoase de pe mâini şi cele abdominale superioare şi medii sunt obişnuite, egale, cele abdominale inferioare şi de pe picioare lipsesc. Semnele patologice – negative. Anestezie totală, începând cu nivelul $Th_{12}$ bilateral. Durere locală la palpaţia apofizelor posterioare în regiunile toracică inferioară şi lombară superioară. Retenţie de urină şi scaun.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numeşte dereglarea funcţiilor motilităţii.
C. Cărui tip de dereglare a funcţiilor sfincteriene aparţine retenţia de urină şi scaun.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 78.**

Bolnava D., în vârstă de 39 de ani, a căzut, rostogolindu-se pe spate, de pe un stog de fân. S-a ridicat singură; a simţit că ameţeşte şi că îi este greaţă. Spre seară a vomitat o singură dată. Când a încercat să citească, a remarcat că i se dublează imaginea.

Examenul obiectiv: nistagmoid orizontal, în rest – fără simptomatologie neurologică de focar. Pulsul – 92 bătăi pe minut.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Simptomul neurologic, remarcat la citire.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice necesare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 79.**

Bolnavul Z., în vârstă de 24 de ani, în timpul unei încăierări a fost lovit cu cuţitul în spate şi în burtă. Nu şi-a pierdut cunoştinţa. A fost operat de urgenţă, pe motiv de perforare a intestinului subţire.

Examenul obiectiv: echimoze multiple pe mâini, picioare, trunchiul corpului. Stare de conştienţă deplină. Mişcările active în piciorul drept lipsesc. Sensibilitatea superficială dereglată în dermatomerele $Th_8$-$Th_9$ din partea dreaptă şi, începând cu nivelul $Th_{10}$, din partea stângă. Simţul de vibraţiune lipseşte în piciorul drept, în piciorul stâng e păstrat. Hipotonie şi areflexie în piciorul drept. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta. Tulburări sfincteriene nu prezintă.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Cum se numeşte sindromul clinic de dereglare a funcţiei motilităţii şi sensibilităţii.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 80.

Pacientul D., în vârstă de 24 de ani, sportiv de lupte marţiale, în timpul antrenamentului, la o flexie rapidă excesivă a capului pe spate, a simţit o durere acută în regiunea cervico-humerală, brusc a scăzut puterea în picioare.

Examenul obiectiv: puterea în mâini – 4 puncte, în picioare – 2 puncte, hipotonie în mâini, hipertonus muscular în picioare. Hipoalgezie bilaterală, începând cu nivelul $C_4$. Hiperreflexie, S=D. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Retenţie de urină.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Cum se numeşte sindromul clinic de dereglare a funcţiei motilităţii.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice necesare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 81.

Pacientul E., în vârstă de 15 ani, a plonjat în râu de la înălţimea de 2 metri. A fost scos din apă de prietenii săi, fără cunoştinţă.

Examenul obiectiv: stare de conştienţă deplină, răspunde corect la întrebări, ţine minte că sărea în apă. Ce s-a întâmplat mai apoi nu ştie. Funcţia nervilor cranieni – intactă. Hipotonie musculară difuză, cu semnul Babinski pozitiv bilateral. Forţa musculară în mâini – 2 puncte, în picioare – 3 puncte. Simţul mioartrocinetic – dereglat în extremităţile drepte, sensibilitatea algică şi cea termică – diminuate pe stânga, începând cu nivelul claviculei. Retenţie de urină.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Prin ce se manifestă puterea musculară apreciată cu 3 puncte.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.

**CAZUL NR. 82.**

Pacientul I., în vârstă de 22 de ani, student la o instituţie de învăţământ superior, acuză dureri în spate, greutate în picioare. S-a îmbolnăvit acut. În seara precedentă a remarcat senzaţia de fierbinţeală, frisoane, hipertermie – 37,8°C. Spre dimineaţă, temperatura corpului a crescut până la 39°C. Din cauza durerii în spate nu s-a putut ridica din pat. În acelaşi timp, a remarcat amorţirea şi senzaţia de greutate în picioare.

Din bolile suportate: infecţii la vârsta copilăriei (rujeolă, rubeolă). Traume nu a avut.

Examenul obiectiv: stare de conştienţă deplină, tegumentele – hiperemiate, erupţii nu are. În regiunea subscapulară pe dreapta se observă un furuncul recent strivit.

Funcţia nervilor cranieni – intactă. La aplecarea capului spre piept apar dureri violente în regiunea interscapulară. Semnul Kernig – pozitiv bilateral. Este dureroasă palparea paravertebrală în regiunea toracică medie. Parapareză spastică inferioară cu semnul Babinski pozitiv bilateral. Anestezie pentru toate felurile de sensibilitate, începând cu nivelul $Th_4$. Chemări imperioase la micţiune.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Cum se numeşte tipul de dereglare a sensibilităţii.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 83.**

Dimineaţa, după somn, la un copil în vârstă de 2 ani a fost remarcată absenţa mişcărilor în mâini şi picioare. În seara precedentă copilul era capricios, nu avea poftă de mâncare, de două ori a avut scaun lichid. Mai înainte nu a fost bolnav.

Examenul obiectiv: stare de conştienţă deplină, temperatura corpului – 37,2°C, erupţii pe tegumente nu are, reacţionează dureros la palparea abdomenului. Tetraplegie flască cu areflexie. La încercarea de a-i ridica picioarele drept în sus sau de a-l aşeza pe pat, copilul plânge. Tulburările de sensibilitate nu pot fi verificate. Dereglări sfincteriene nu are.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Investigaţiile complementare.
D. Măsurile terapeutice.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 84.**

Bolnava V., în vârstă de 26 de ani, pedagog, a suportat recent „o răceală". Peste 2 săptămâni, a început să simtă slăbiciune în picioare, apoi şi în mâini. Maladia are evoluţie progresivă. Pacienta a fost trimisă la neurolog.

Examenul somatic nu a depistat modificări patologice. Examenul neurologic: nervii cranieni – fără dereglări de funcţie. Tetrapareză cu hipotrofie a muşchilor distali ai mâinilor şi picioarelor. Areflexie. Hipoalgezie de tip „mănuşi" şi „ciorapi". Sunt pozitive semnele de elongaţie. Semnele meningiene – negative.

Analiza lichidului cefalorahidian a scos în evidență disociația proteică-celulară.

Noaptea, s-a instalat o dispnee, fața bolnavei a devenit cianotică. La inspirație se încordează mușchii cervicali. Excursia cutiei toracice este sever redusă. Frecvența respirației – 40 pe minut. Dereglări de fonație, deglutiție nu are. Reflexul faringian – viu, bilateral.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Prin ce se manifestă sindromul licvoreean de disociație proteică-celulară.
D. Investigațiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 85.

Neurologul a fost invitat să consulte un bolnav din secția de terapie, unde acesta se tratează pe motiv de pneumonie. În seara precedentă bolnavul a început să se plângă de o cefalee intensă, grețuri, a avut vome repetate.

Examenul obiectiv: pacientul se află în stare de stupoare, geme, capul – retroflexie. Fotofobie. Redoarea cefei – de 3 degete, semnele Kernig și Brudzinski sunt pozitive. Temperatura corpului – 38°C.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Prin ce se manifestă meningismul.
D. Investigațiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

## CAZUL NR. 86.

Bolnavul U., în vârstă de 30 de ani, în decursul ultimelor trei zile remarca o fatigabilitate sporită, avea manifestări catarale. Spre seară a început să-l deranjeze senzația de furnicături în picioare. Spre dimineață, mișcările active în picioare au dispărut.

A suferit de parotidită, rujeolă (în copilărie).

Examenul obiectiv: conștiența clară, fotofobie, funcția nervilor cranieni nu este dereglată. Paraplegie flască inferioară cu semnul Babinski pozitiv bilateral. Anestezie pentru toate tipurile de sensibilitate de la nivelul plicelor inghinale. Retenție de urină. Este dureroasă percuția apofizelor osoase în regiunea toracică inferioară.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Prin ce se manifestă reflexul Babinski pozitiv.
D. Investigațiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 87.**

Bolnavul M., în vârstă de 10 ani, a fost spitalizat în staționarul neurologic cu acuze la cefalee violentă, fotofobie, vome, slăbiciune generală severă.

Din spusele mamei, în seara precedentă copilul se plângea de dureri de cap, slăbiciune generală. Noaptea, temperatura corpului s-a ridicat până la 39,8°C. Tot atunci a crescut şi intensitatea cefaleei, a avut vome repetate.

Suferă de otită purulentă în evoluție cronică.

Examenul obiectiv: starea generală – gravă, este indolent. Stă culcat în decubit lateral pe dreapta, cu capul pe spate, cu picioarele flexionate în articulațiile genunchilor şi coxo-femurale. Temperatura corpului – 40°C, TA – 120/75 mm Hg. Pulsul – 98 bătăi pe minut, ritmic. Funcția nervilor cranieni nu este dereglată. Reflexele osteotendinoase sunt vii, egale. Hiperestezie generalizată. Redoarea cefei – de 4 degete, semnul Brudzinski – pozitiv bilateral. Pareze/plegii pacientul nu are. În timpul examenului clinic bolnavul avea senzații de vomă.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Din care grup de semne clinice fac parte redoarea cefei şi semnul Brudzinski.
D. Investigațiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 88.**

Bolnava A., în vârstă de 29 de ani, a fost transportată de către brigada ajutorului medical de urgență în stare gravă cu acuze la lipsa mişcărilor active în picioare. În urmă cu 12 zile, ea s-a adresat medicului de familie pe motiv de „stare gripoasă". Trei zile mai târziu, a remarcat slăbiciune în picioare, dureri musculare în spate, picioare şi mâini, care au fost considerate drept consecințe ale stării generale proaste. Cu o zi înainte de spitalizare, mişcările în picioare s-au dereglat în aşa măsură, încât pacienta nu se putea deplasa fără ajutor, au apărut dificultăți în actul de micțiune.

Examenul obiectiv: conştiența – clară. Vocea – surdă, deglutiția pentru lichide şi solide este dereglată, reflexul faringian – abolit bilateral. Plegie şi hipotonie în picioare. Volumul de mişcări active în mâini – păstrat, puterea în ele – 4 puncte. Hipoalgezie de tip conductiv de la nivelul $Th_{10}$.

Peste o oră, respirația bolnavei a devenit superficială şi cu pauze.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Din cadrul cărui sindrom face parte disfagia cu abolirea reflexului faringian.
D. Prin ce se manifestă tipul conductiv de dereglare a sensibilității.
E. Investigațiile complementare.
F. Măsurile terapeutice.
G. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 89.**

Bolnava S., în vârstă de 32 de ani, după două zile de odihnă şi scăldat în mare, a remarcat creşterea temperaturii corpului până la 39,8°C, senzaţia de furnicături în extremităţile inferioare, slăbiciune generală.

După trei zile de la debutul maladiei, s-a instalat pareza flască a extremităţilor inferioare, motiv pentru care a fost spitalizată în secţia de neurologie.

Examenul obiectiv: starea generală – de gravitate medie. Conştienţa clară. Temperatura corpului – 39,9°C. Funcţia nervilor cranieni – nealterată. Reflexele osteotendinoase de pe mâini – vii, S=D. Reflexele rotuliene sunt diminuate esenţial, reflexele achiliene şi plantare lipsesc. Tonusul muscular în picioare – diminuat. Parapareză inferioară, mai pronunţată în porţiunile distale. Sensibilitatea algică în picioare – diminuată în varianta radiculară a tipului segmentar. Semnele meningiene – negative, semnele Lassegue, Turin, Sequard – pozitive.

În a doua zi de aflare în clinică s-a dezvoltat o slăbiciune în extremităţile superioare, au dispărut reflexele de pe ele, reflexele abdominale, apoi s-au dereglat respiraţia şi deglutiţia.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Din care grup de semne clinice fac parte semnele Lassegue, Turin, Sequard.
D. Investigaţiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 90.**

Bolnavul T., în vârstă de 22 de ani, a fost spitalizat cu acuze de scădere a acuităţii vizuale, dureri de cap. Relatează că are dureri de cap de mai multe zile, precum şi slăbiciune generală, hipertermie. În dimineaţa zilei precedente a remarcat senzaţia de „ceaţă în faţa ochilor", a început să desluşească cu greu literele, s-au asociat ameţeala, setea exagerată.

Examenul obiectiv: poate număra degetele la o distanţă de 3 metri. Nu poate distinge culorile. Scotom absolut central pentru ambii ochi.

Examenul fundului de ochi: papilele optice sunt palide, hotarele slab delimitate, venele dilatate, arterele nu sunt modificate. Hemoragii retiniene proaspete.

Tulburări de sensibilitate nu are. Funcţia motilităţii – păstrată.

Limfocitoză în analiza generală a sângelui. Examenul lichidului cefalorahidian indică valori normale. Examenul prin RMN cerebrală atestă îngroşarea chiasmei optice, în rest – fără modificări relevante.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Explicaţi noţiunea de scotom.
D. Cu ajutorul cărui dispozitiv se examinează fundul de ochi.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 91.**

Bolnavul P., în vârstă de 20 de ani, şofer, a suportat o stare catarală a căilor respiratorii superioare. La trei zile, temperatura corpului s-a ridicat la valorile de 40,5°C, au apărut frisoane. Spre seară s-a dezvoltat o tetrapareză severă cu dereglarea tuturor tipurilor de sensibilitate mai jos de nivelul $C_7$, retenție de micțiune şi defecație. Au dispărut toate reflexele osteotendinoase de pe extremități. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. În cadrul dermatomerelor $C_6$–$D_2$ lipseşte dermografismul reflector. Peste trei zile s-au dezvoltat escare pe fese şi spate, s-au edemațiat picioarele.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Ce este tetrapareza.
D. Măsurile terapeutice.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 92.**

Bolnava H., în vârstă de 35 de ani, a fost transportată pe linia serviciului AVIASAN în stare gravă, cu acuze la cefalee severă, vertij, vome repetate.

Este bolnavă de trei zile. Maladia a debutat pe fundal de stare catarală. Apoi a apărut o cefalee intensă, senzația de rotire a obiectelor din jur pe orizontală – de la stânga la dreapta. Vertijul se intensifică la întoarcerea capului, la mişcarea globilor oculari. Tulburări somatice n-au fost constatate. TA – 115/75 mm Hg.

Examenul neurologic: nistagmus orizontal de amplitudine mică, mai exprimat la privire spre dreapta. În poziția Romberg – instabilă, greşeşte la îndeplinirea probei indice-nas şi călcâi-genunchi. Reflexele osteotendinoase – exacerbate, S=D. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Pareze, semne meningiene nu are.

Examenul CT cerebrală şi a lichidului cefalorahidian indică valori normale.

Examenul RMN cerebrală a contribuit esențial la stabilirea diagnosticului.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Cum se examinează proba călcâi-genunchi.
D. Măsurile terapeutice.
E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 93.**

Un băiat în vârstă de 10 ani s-a tratat la chirurg pe motiv de furuncul abcedant al cavității nazale, care a fost rezecat. Peste două zile, au apărut frisoane, temperatura corpului s-a ridicat la valorile de 39,5°C, avea dureri de cap localizate predominant frontal şi în orbite.

Examenul obiectiv: pleoapele – edemațiate. Exoftalm bilateral. Ptoză palpebrală superioară pe dreapta, pupila – dilatată, fotoreacțiile directă şi asociată lipsesc, oftalmoplegie. Pe stânga – amauroză, fotoreacția directă lipseşte, fotoreacția asociată s-a păstrat. Mişcările globului ocular stâng – în volum deplin. Hiperestezie algică a pielii în regiunea frontală pe dreapta. Reflexul cornean lipseşte bilateral.

Semnele Kernig şi Brudzinski – moderat pozitive bilateral.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Nervii cranieni antrenați în procesul patologic.
C. Cum se examinează reflexul cornean.
D. Investigațiile complementare.
E. Măsurile terapeutice.
F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 94.**

Un tânăr în vârstă de 17 ani acuză o durere de cap intensă, predominant în regiunea temporală, instabilitate la mers, vertij de tip sistemic.

Examenul obiectiv: este indolent, somnolent, periodic vomează. Se plânge de dureri de cap cu caracter apăsător, hiperestezie a tegumentelor în regiunile parietală şi occipitală.

Nistagmus orizontal, mai pronunțat la privire spre stânga. Probele de coordonare le îndeplineşte greşit, cu elemente de tremurătură intenționată pe stânga. Nu este stabil în poziția Romberg. Reflexele osteotendinoase – înviorate, D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta. Semnul Kernig – moderat, pozitiv bilateral.

Din anamnestic: cu 2 săptămâni mai înainte a strivit un furuncul pe față.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Ce înseamnă *hiperestezie*.
D. Măsurile terapeutice.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 95.**

Pacienta E., în vârstă de 65 de ani, a fost spitalizată în mod urgent. Este cunoscut faptul că suferă, de mulți ani, de hipertensiune arterială. În ultimele zile a avut dureri puternice de cap. În seara precedentă a apărut slăbiciune în mână şi picior pe dreapta, până dimineața s-a instalat o hemiplegie.

Examenul obiectiv: tegumentele – palide. TA – 110/60 mm Hg. Pulsul – 96 bătăi pe minut, ritmic.

Conştiența – clară. Pacienta se plânge de dureri de cap, grețuri. Semnele meningiene – negative. Pareză mimică de tip central pe dreapta. Limba deviază spre dreapta. Hemiplegie şi hemihipoalgezie pe stânga. Reflexele osteotendinoase S>D.

În câteva ore după aceasta, s-au instalat semnele meningiene; valorile tensiunii arteriale au diminuat până la 90/50 mm Hg. Examenul ECG n-a descoperit semne de tulburare a circulației coronariene sau de ischemie cardiacă.

A fost realizată puncția lombară. Analiza LCR: presiunea 260 mm $H_2O$, tulbure, culoarea galbenă-verzuie, citoza 6350/3 (90% neutrofile), proteinele 2,5 g/l.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cauza căderii tensiunii arteriale.
C. Cum se numeşte sindromul licvoreean depistat la analiza lichidului cefalorahidian.
D. Măsurile terapeutice.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 96.**

Pacienta L., în vârstă de 26 de ani, a fost spitalizată în regim de urgență fără cunoştință, periodic vomează. Boala a debutat azi, prin sindrom convulsiv generalizat.

Pacienta lucrează la o uzină de topire a metalelor cu arzătorul de gaze, furtunul căruia era defectat. Brusc, ea a început să se plângă de durere de cap, „lovituri în interiorul craniului", ceață în fața ochilor, şi-a pierdut cunoştința.

Examenul obiectiv: respirație frecventă, vomează, pulsul – 110 bătăi pe minut, de umplere slabă. TA – 90/60 mm Hg.

Stuporoasă, hipotonie musculară difuză, reflexele osteotendinoase diminuate. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Semnele Kernig şi de redoare occipitală – uşor exprimate. În timpul examenului clinic a dezvoltat un acces convulsiv tonico-clonic generalizat.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Ce fel de comă a intervenit: primară (cerebrală) sau secundară (metabolică).
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 97.**

Pacientul H., în vârstă de 21 de ani, a fost spitalizat cu acuze la cefalee violentă, vomă, diplopie.

Din anamnestic e cunoscut că s-a îmbolnăvit în urmă cu 10 zile, când a simțit o fatigabilitate sporită, slăbiciune generală, o durere de cap uşor exprimată. Avea subfebrilitate. Timp de 6 zile, cefaleea a crescut treptat, până la foarte intensă, s-a asociat cu diplopia.

Examenul obiectiv: redoarea cefei – de 3 degete. Sunt pozitive semnele Kernig şi Brudzinski. Anizocorie S>D, ptoză palpebrală superioară pe stânga, strabism divergent (lipseşte mişcarea globului ocular stâng spre nas).

Analiza lichidului cefalorahidian: pleiocitoză limfocitară, este diminuată cantitatea de glucoză. După câteva ore pe suprafața lichidului s-a format o peliculă.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Nervul cranian implicat în procesul patologic.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 98.**

Pacientul C., în vârstă de 26 de ani, a fost spitalizat cu acuze la dureri în centură în regiunea toracică. Este bolnav deja de o săptămână: i s-a ridicat temperatura corpului până la 37,6°C, au apărut manifestări catarale. În ultimele două zile s-au instalat dureri cu caracter radicular. În ziua spitalizării a simțit slăbiciune în picioare, din care cauză cu greu se deplasează; dificultăți în actul de micțiune.

Examenul obiectiv: parapareză spastică inferioară. Hipoestezie pentru toate tipurile de sensibilitate, începând cu nivelul $Th_2$. Tulburări sfincteriene de tip central.

Analiza lichidului cefalorahidian: 100/3, 90% – limfocite, 10% – neutrofile, proteine 1,2 g/l.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Diagnosticul de localizare.
C. Prin ce se manifestă clinic o parapareză spastică inferioară.
D. Măsurile terapeutice.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 99.**

Pacienta B., în vârstă de 12 ani, care suferea de anghină în evoluţie cronică, a început să se plângă de dureri de cap. Părinţii şi învăţătorii au observat gesturi şi grimase ciudate, mişcări bizare ale degetelor, care erau deosebit de exprimate la emoţii şi care dispăreau în timpul somnului.

Examenul obiectiv: hipotonie musculară difuză. Reflexele osteotendinoase – diminuate, S=D. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. În stare de repaus se observă mişcări spontane, scurte, uneori de amplitudine mare în extremităţi, ilogice, în diferite grupe musculare, la început la faţă şi mâini, exagerate de efort mintal.

Analiza generală a sângelui: leucocitoză cu limfocitoză.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numesc mişcările observate la pacientă.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 100.**

Pacienta L., în vârstă de 18 ani, a simţit o slăbiciune bruscă în picioare, s-a dereglat acuitatea vizuală, mai ales pentru ochiul drept.

Din anamnestic: cu aproximativ doi ani în urmă a avut o dereglare acută a văzului pentru ochiul stâng, care a fost diagnosticată ca nevrită retrobulbară. Sub acţiunea tratamentului administrat de specialistul oftalmolog, a regresat completamente timp de 10 zile.

Examenul obiectiv: hipoalgezie conductivă, începând cu nivelul $Th_6$ pe dreapta şi $Th_{10}$ pe stânga. Hipertonus spastic în picioare cu reflexe exagerate D>S, semnul Babinski – pozitiv bilateral. Lipsesc reflexele abdominale. Puterea în mâini – 5 puncte, în picioare pe dreapta – 3, pe stânga – 4 puncte. Tremurătură intenţionată la îndeplinirea probei indice-nas – bilateral. Retenţie de urină.

Examenul fundului de ochi a depistat paliditatea jumătăţilor temporale ale papilelor nervilor optici.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se verifică reflexele abdominale.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 101.**

Medicul neurolog de gardă a fost invitat de urgență la bolnava O., în vârstă de 25 de ani, care stă culcată în pat sprijinindu-se doar pe ceafă și călcâie. Corpul formează un arc ridicat în sus. Ochii pacientei – închiși, fața – palidă, frecvența respirației – crescută. La încercarea de a-i deschide ochii, ea îi închide și mai tare. Este imposibil de a-i deschide și gura: mușchii maseteri sunt încordați la maximum. La întrebări nu răspunde, nu îndeplinește nici o instrucțiune.

Din spusele vecinei din salon, cu o oră în urmă a fost vizitată de soț, cu care a avut o discuție neplăcută. S-a excitat, plângea, apoi a avut un acces: striga în gura mare, avea mișcări de amplitudine mare în extremități, apoi a încremenit în poziția respectivă.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numește fenomenul clinic de a se opune examenului clinic.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 102.**

Bolnava D., în vârstă de 31 de ani, în copilărie deseori suferea de anghină. La vârsta de 20 de ani a suportat o reumocardită. De la vârsta de 25 de ani se plânge foarte des de dureri de cap, accese de palpitații cardiace însoțite de frica de moarte. A dispărut pofta de mâncare, a pierdut în greutate mai mult de 10 kg. S-a modificat ciclul menstrual, menzele de diferită durată, iregulate. În decursul ultimului an, de 1–2 ori pe lună, în timpul acceselor de cefalee și palpitații cardiace, TA atinge valorile de 160/100 mm Hg. Accesele durează 20–30 de minute, în unele zile – până la 1 oră, se finalizează cu poliurie, frisoane. După acces, pacienta devine apatică, indispusă, nu dorește să mai facă ceva în acea zi.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Denumirea acceselor de care suferă pacienta.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 103.**

Bolnavul M., în vârstă de 34 de ani, a fost internat de urgență, fiind transportat de ambulanță. Peste fiecare 1,5–2 minute, bolnavul dezvoltă accese convulsive, care încep cu rotația capului și globilor oculari spre stânga, contracții ale colțului stâng al gurii, după care apar convulsii tonice în mână și picior pe stânga. Accesul durează aproximativ două minute. În perioada scurtă dintre accese, bolnavul nu-și recapătă cunoștința completamente: nu deschide ochii, la întrebări nu răspunde, la instrucțiunea insistentă menține mâna dreaptă ridicată pasiv. Mâna stângă cade brutal.

Din anamnestic: cu 1 an în urmă, pentru prima dată în viață, șezând la masă (la serviciu), a căzut brusc cu fața pe masă, a avut convulsii. Accesul a durat câteva minute. Nu și-a mușcat limba, nu a avut micțiune involuntară. Mai târziu, avea dureri de cap frecvente, pe care bolnavul le explica prin oboseală excesivă.

Examenul obiectiv: patologie somatică nu a fost depistată. Angiom plasat în regiunea fronto-parietală pe dreapta, cu dimensiuni de 1,5x1,5 cm. Din spusele soției, are angiom din fragedă copilărie, iar în ultimii 2–3 ani el a crescut în dimensiuni. O asimetrie ușoară a feței din contul ștergerii plicii nazolabiale pe stânga. În perioada interictală mișcările spontane în mâna stângă lipsesc. Hipotonie musculară difuză. Mișcă mâna dreaptă, îndreaptă cearceaful, pune mâna pe frunte. Reflexele osteotendinoase – diminuate, S<D. Redoarea cefei – de 2 degete, semnul Kernig – ușor pozitiv bilateral.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Care pareză mimică este însoțită de ștergerea plicii nazolabiale, cu păstrarea mișcărilor în restul mușchilor mimici ai feței.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 104.**

Bolnava N., în vârstă de 54 de ani, s-a adresat după ajutor medical pe motiv de accese de dureri în regiunea dreaptă a feței. Se consideră bolnavă timp de 15 ani. Mai înainte, accesele erau foarte rare; în ultimele 6 luni ele se repetă de câteva ori pe zi. Durerile apar brusc, au un caracter acut de ardere, durează până la 15 secunde. De obicei, accesele de dureri apar în timpul vorbirii, masticației, deglutiției, spălării pe față, la atingerea aripii nasului pe dreapta. Durerea debutează în regiunea buzei superioare drepte și se răspândește pe dinții superiori și pe osul zigomatic drept. În timpul paroxismului de dureri se observă spasmul mușchilor mimici ai feței pe dreapta, tegumentele pe hemifața dreapta devin roșii. În perioada fără accese se descoperă durere la palparea regiunii infraorbitale pe dreapta, hiperestezia pielii în regiunea maxilară dreaptă. Reflexele corneene – vii, egale. Funcția altor nervi cranieni este păstrată.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numesc punctele de pe față, la atingerea cărora se declanșează un acces de durere.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 105.**

Bolnava V., în vârstă de 24 de ani, timp de 6 luni are dureri de cap însoțite de vomă. Uneori are zgomote în ureche de tipul „valurile mării", niște frânturi de fraze. A avut episoade de pierdere a capacității de a înțelege vorbele adresate ei.

În copilărie a suferit de rujeolă.

La internare, starea pacientei este de gravitate medie. Anizocorie S>D. Hemianopsie de tip cadran inferior pe dreapta. Stază papilară sever exprimată la examenul fundului de ochi. E ștearsă plica nazolabială dreaptă, colțul gurii pe dreapta e lăsat în jos. Nu poate mișca globii oculari spre exterior. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta. Vorbirea pacientei conține multe parafaziii literale și verbale, schimonosiri grave de cuvinte. Nu întotdeauna înțelege ce i se spune. A pierdut capacitatea de a scrie.

Analiza lichidului cefalorahidian: presiunea – 360 mm $H_2O$, citoza – 4/3, proteinele – 1,28 g/l.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numeşte în terminologia medicală pierderea capacităţii de a scrie.
C. Sindromul licvoreean depistat.
D. Măsurile terapeutice.
E. Investigaţiile complementare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 106.**

Bolnavul G., în vârstă de 47 de ani, cu aproximativ 1,5 ani în urmă a simţit dureri de cap, care în ultimul timp sunt însoţite de vome. Periodic, are senzaţia că simte un miros de arsură, de producte alterate. I-a scăzut acuitatea vizuală, are diplopie, remarcă slăbiciune în mână şi picior pe stânga.

Examenul obiectiv: stare de conştienţă deplină, fără patologie somatică. TA – 140/80 mm Hg. Pulsul – 50 bătăi pe minut. Olfacţia – păstrată. Acuitatea vizuală pentru ochiul drept – 0,2, pentru ochiul stâng – 0,4. Edem al papilei nervului optic drept. Câmpul vizual nu este modificat. Ptoză palpebrală superioară parţială pe dreapta. Anizocorie D>S. Strabism divergent din contul globului ocular drept. Fotoreacţiile directă şi asociată pe dreapta lipsesc. Este ştearsă plica nazolabială stângă, colţul stâng al gurii este lăsat în jos. Limba în protruzie deviază spre stânga. În mâna stângă se remarcă un hipertonus muscular, mai ales în muşchii flexori şi pronatori, predominant la începutul mişcării. Reflexele osteotendinoase D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe stânga.

La finele examenului clinic pacientul a dezvoltat un acces de cefalee cu vomă, apoi a încetat să răspundă la întrebări. Pulsul a devenit de 40 bătăi pe minut, respiraţia – derivată. S-a instalat pareza privirii în sus.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Din cadrul cărui sindrom fac parte cefaleea, vomismentele, edemul papilei nervului optic.
C. Cum se numeşte în terminologia medicală senzaţia ireală de miros de arsură.
D. Măsurile terapeutice.
E. Investigaţiile complementare.
F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 107.**

Bolnavul E., în vârstă de 14 ani, dintr-o localitate rurală, se plânge de accese violente de durere de cap cu vomă, ameţeli, uneori cu sincope provocate de modificarea poziţiei corpului şi a capului.

Se consideră bolnav de aproximativ trei luni. În copilărie a suferit de rujeolă, scarlatină, comoţie cerebrală.

Examenul obiectiv: pupilele – egale, fotoreacţia – păstrată. Sunt diminuate reflexele corneene bilateral. Nistagmus orizontal şi vertical instabil, care apare la o anumită poziţionare a capului. Sensibilitatea feţei – păstrată. Muşchii mimici sunt simetrici. Deglutiţia şi fonaţia sunt obişnuite. Limba – pe linia mediană. Nu este stabil în poziţia Romberg. Greşeşte la îndeplinirea probelor de coordonare, bilateral.

Examenul fundului de ochi relevă ştergerea marginilor papilelor nervilor optici, dilatarea venelor.

Medicul de gardă a fost invitat de urgenţă pe motiv că bolnavul, la încercarea de a se ridica în picioare, a simţit un acces de vertij, o durere intensă de cap, nu încetează să vomeze. Pacientul este palid, transpiraţie abundentă, pulsul – 40 de bătăi pe minut. Respiraţia – rară, cu întreruperi. Nistagmus orizontal cu elemente de rotaţie de amplitudine mare.

Analiza lichidului cefalorahidian a relevat o pleiocitoză limfocitară şi prezenţa eozinofilelor.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum pot fi calificate accesele.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 108.**

Bolnava D., în vârstă de 26 de ani, pedagog, s-a adresat la medic pe motiv de oboseală în timp ce ia masa: îi este greu să mestece bucatele prăjite şi consistente, cu greu înghite. După o perioadă de vorbire mai îndelungată (explică tema), vocea îi devine nazonată.

Examenul obiectiv obişnuit nu a depistat modificări în statutul neurologic.

În a treia zi de aflare în staţionarul neurologic starea pacientei, după ce a urcat la etajul trei, s-a înrăutăţit brusc: are dispnee (respiraţia este superficială, cu o frecvenţă de 40/min., ritmică). Tegumentele – palide, umede, buzele sunt cianotice. Pulsul – 120 bătăi pe minut, TA – 160/90 mm Hg. Vorbirea – foarte dificilă (nedesluşită, nazonată), nu poate înghiţi. Slăbiciune severă în mâini şi picioare, predominant în porţiunile distale.

Hipotonie musculară. Reflexele osteotendinoase – diminuate, egale.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum poate fi calificat accesul.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 109.**

Dimineaţa, când s-a trezit din somn, bolnavul R., în vârstă de 28 de ani, a dezvoltat brusc o paraplegie inferioară. În seara precedentă s-a simţit obişnuit, încălcări de regim fizic, alimentar nu a avut. Astfel de accese îl deranjează de la vârsta de 14 ani – la început, unul în 2–3 ani, în anul respectiv deja a avut două. Mişcările în picioare se restabileau în decurs de 2–3 ore. După acces, urina capătă culoarea brun-închis.

Din anamnestic se cunoaşte că tatăl pacientului, care a murit de tânăr într-un accident rutier, avea ceva asemănător.

Examenul obiectiv: stare de conştienţă deplină. Funcţia nervilor cranieni – păstrată. Paraplegie flască inferioară. Reflexele osteotendinoase nu pot fi provocate nici

de pe mâini, nici de pe picioare. Fasciculații nu are. Tulburări de sensibilitate nu are. Îndeplineşte corect probele indice-nas şi de diadocokinezie.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Prin ce se manifestă fasciculațiile.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 110.**

Bolnavul P., în vârstă de 24 de ani, remarcă tulburarea vocii şi articulației, care de obicei se instalează treptat în a doua jumătate a zilei, spre seară. Dimineața, vocea este sonoră, vorbirea – clară.

Medicul neurolog, căruia i s-a adresat pacientul, i-a indicat o injecție de prozerină. Peste 30 de minute, bolnavul a devenit palid, a simțit dureri în abdomen, salivație abundentă. TA – 80/40 mm Hg. Pulsul – 42 bătăi pe minut, ritmic, de umplere joasă. Pupilele – înguste, S=D.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum calificați criza.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 111.**

Bolnavul S., în vârstă de 31 de ani, inginer, este internat de urgență în spital. Stare de obnubilare. La întrebări răspunde cu întârziere, laconic. Ce s-a întâmplat cu el nu ştie. Ține minte doar că mergea spre serviciu şi că a avut nişte senzații neplăcute în regiunea epigastrală pe dreapta.

Din spusele celor din jur, se ştie că şi-a pierdut cunoştința, respirația era zgomotoasă, avea spume la gură, convulsii în mâini şi picioare.

Examenul obiectiv: patologia somatică lipseşte. Pulsul – 68 bătăi pe minut. TA – 120/70 mm Hg. Pe marginea stângă a limbii – semnele unei muşcături recente. Semne meningiene, simptomatologie neurologică de focar nu are.

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum calificați senzațiile neplăcute în regiunea epigastrală pe dreapta înainte de pierderea cunoştinței.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigațiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**CAZUL NR. 112.**

Bolnavul M., în vârstă de 42 de ani, lăcătuş, a fost transportat de urgență la spital în stare de comă.

Din spusele soției pacientului, se ştie că în urmă cu 5 ani a suferit o contuzie cerebrală într-un accident rutier. S-a tratat timp îndelungat în condiții de staționar. La

opt luni după traumatism, pentru prima dată a avut un acces convulsiv cu pierderea cunoştinţei, muşcarea limbii, micţiune involuntară. Asemenea accese se repetă de 2–3 ori pe lună. Pacientul a devenit irascibil, se enervează de la orice fleac, uneori agresiv. În ultima noapte a avut trei accese, la intervale de 10–15 minute. În ambulanţă şi în secţia de internare a mai avut încă patru accese. Toate au decurs stereotipic: respiraţie zgomotoasă, spume la gură, convulsii tonice şi clonice în extremităţile ambelor părţi. Pupilele – dilatate, egale, reacţia la lumină lipseşte. Fără cunoştinţă.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum calificaţi criza.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 113.

Bolnavul Ţ., în vârstă de 37 de ani, conducător auto, a fost transportat în secţia de internare de la locul de muncă cu diagnosticul „Stare după acces convulsiv". Pacientul este conştient, uşor obnubilat. La întrebări răspunde cu o uşoară întârziere, adecvat.

Din discuţia cu pacientul s-a constatat că în ultimele 6 luni, periodic, a avut stări de furnicare şi amorţire. Încep pe hemifaţa stângă, apoi „coboară" pe mână, trunchiul corpului şi se termină pe piciorul de aceeaşi parte. Accesul durează nu mai mult de 3–4 minute, se repetă de 2–3 ori pe săptămână. Astăzi, după acces, pentru prima dată a simţit o slăbiciune în mâna stângă.

Examenul obiectiv nu a pus în evidenţă simptomatologie neurologică de focar.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum calificaţi crizele.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 114.

Bolnava D., în vârstă de 59 de ani, care de aproximativ 19 ani suferă de diabet zaharat, a avut crize hiperglicemice şi hipoglicemice. Ieşea din crize administrându-şi suplimentar insulină sau zahăr alimentar. Pacienta îşi controlează singură glicemia, ignorează examenele medicale.

Medicul a fost invitat de urgenţă. Examenul obiectiv: e fără cunoştinţă. Convulsiile tonice generalizate alternează cu frisoane. Respiraţie frecventă, superficială. Transpiraţie abundentă. Pupilele – înguste, fotoreacţia lipseşte. Reflexele osteotendinoase lipsesc. Semnele meningiene, patologice – negative.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum calificaţi criza.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 115.**

Un bărbat în vârstă de 55 de ani, muncitor la un şantier de construcţii, se adresează pe motiv de acces de cefalee în regiunea frontală pe dreapta cu caracter „de parcă trece un curent electric şi mă frige". El relatează că în ultima săptămână a avut câte două crize pe zi. Fiecare criză a durat aproximativ o oră. Pacientul a remarcat că în timpul crizei are loc lăcrimarea şi înroşirea ochiului drept, precum şi o congestie a narinei de aceeaşi parte. Examenul neurologic depistează semnul Claud Bernar-Horner pe dreapta, uşor exprimat.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Prin ce se manifestă semnul Claud Bernar-Horner.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 116.**

Pacienta B., în vârstă de 28 de ani, în ultimele şase luni remarcă dureri de cap localizate în regiunea fronto-parietală pe dreapta, mai frecvent dimineaţa, uneori cu greţuri şi vomă. Câteodată aude nişte melodii, care de fapt nu răsună în acel moment.

La examenul oftalmologic a fost detectată o hemianopsie omonimă stângă de cadran superior. Hotarele papilelor nervilor optici sunt şterse.

În urmă cu trei zile, pacienta a avut un acces de durere de cap şi vomă, după care a survenit bradicardia şi imposibilitatea de a deplasa globii oculari în sus.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se numeşte în terminologia medicală fenomenul auzirii melodiilor inexistente în acel moment.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

**CAZUL NR. 117.**

Pacientul A., în vârstă de 48 de ani, în moment ce ridica un obiect greu, a simţit dureri în regiunea lombară a coloanei vertebrale, cu iradiere în piciorul stâng, din care cauză nu se poate ridica în picioare. Durerile se intensifică la tuse şi strănut.

Examenul obiectiv: dereglări severe de ortostatism, este ştearsă lordoza lombară, muşchii lungi ai spatelui sunt încordaţi. Bolnavul nu poate ridica piciorul stâng întins, nu se poate apleca înainte. E dureroasă palparea punctelor paravertebrale în regiunea lombară. Hiperestezie algică în dermatomerele $L_5$ şi $S_1$ pe stânga. Semnul Lasségue – pozitiv pe stânga. E diminuat reflexul achilian pe stânga.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Variantele tipului segmentar de dereglare a sensibilităţii.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 118.

O pacientă în vârstă de 62 de ani, pensionară, s-a adresat pe motiv de dureri violente în gât cu iradiere în urechea dreaptă şi în dinţii mandibulei. Durerile apar sub forma unor paroxisme scurte, de câteva ori pe zi, în timpul mesei sau vorbirii.

Examenul obiectiv: sensibilitatea pe faţă nu este dereglată, nici în zonele Zelder. Palpaţia punctelor de emergenţă a ramurilor nervului trigemen pe faţă nu este dureroasă. Tonsilele – de dimensiuni obişnuite. Presiunea pe rădăcina limbii a provocat un acces dureros, care a durat 5–7 secunde.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Ce semnifică zonele Zelder.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 119.

Un bărbat în vârstă de 30 de ani, fumător inveterat, se prezintă la medicul de familie, deoarece dimineaţa soţia a observat că faţa îi este „strâmbă". El are senzaţia că faţa pe dreapta este mai mare. În timpul când lua micul dejun, a remarcat că limba pe dreapta nu simte gustul mâncării. În timpul mestecării, conţinutul cavităţii bucale avea tendinţa să se exteriorizeze în partea dreaptă a cavităţii bucale.

Examenul neurologic evidenţiază o asimetrie a feţei cu vectorul asimetriei îndreptat spre stânga. Fanta palpebrală dreaptă e mai mare decât cea stângă. Semnul Bel – pozitiv pe dreapta. Sunetele sonore la urechea dreaptă îi produc senzaţii neplăcute. Hipersecreţie lacrimală pe dreapta.

**Indicaţi:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Cum se manifestă semnul Bell.
C. Măsurile terapeutice.
D. Investigaţiile complementare.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferenţial.

## CAZUL NR. 120.

Bolnava S., în vârstă de 15 ani, a fost internată în secţia neurologie cu acuze de cefalee difuză persistentă, dureri în regiunea coloanei cervicale, însoţite de vertij, inapetenţă, astenie generală, scădere ponderală.

Maladia a debutat acut cu aproximativ 3 săptămâni în urmă – prin frisoane, cefalee, manifestări catarale şi digestive (greţuri, vomă). Din anamnestic desprindem: cu 2 zile înainte de debutul maladiei, ea s-a aflat la o petrecere în pădure. Intensitatea semneleor descrise varia de la o zi la alta.

Obiectiv, pe suprafaţa antero-postero-laterală externă a coapsei stângi se distinge un eritem de circa 20 cm în diametru, cu margini indurale, de culoare violet-gălbui-închis. De aceeaşi parte, în regiunea inghinală, se palpează un nodul limfatic nedureros, de dimensiunile unui bob de mazăre.

Neurologic: dureri la palparea punctelor Walleix pe faţă, nistagmus la privire spre dreapta. Reflexele osteotendinoase – diminuate, S=D. Redoare occipitală de 3 degete, semnul Kernig – uşor pronunţat bilateral.

Examenul fundului de ochi: edem al marginii superioare a papilei nervului optic, bilateral. CT cerebrală – fără elemente patologice. Examenul lichidului cefalorahidian: slab xantocromic, de transparență deplină, proteine – 1,98 g/l, celule – 290 (limfocite – 88%, neutrofile – 12%).

**Indicați:**

A. Diagnosticul prezumtiv.
B. Unde se palpează punctele Walleix pe față.
C. Investigațiile complementare.
D. Măsurile terapeutice.
E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

## RĂSPUNSURI

Cazul nr. 1.

A. Tip segmentar. P. 17.
B. Manevra examenului clinic: aplicarea excitației în direcție cranian-caudală și pe porțiuni simetrice, iar pe extremități – pe perimetru. P. 19.
C. Ganglionul intervertebral. P. 18.
D. Zona Zoster. P. 205.
E. Aciclovir. P. 284.
F. Nefrolitiaza, pielonefrita, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, *tabes dorsalis*. P. 204–206, 339–345.

Cazul nr. 2.

A. Sensibilitate profundă. P. 17.
B. Cordoanele medulare posterioare. P. 14.
C. Cu ajutorul camertonului. P. 17.
D. Mieloză funiculară, anemie megalocitară. P. 342.
E. Ciancobalamină (vitamina $B_{12}$). P. 342.
F. Tumora medulară, meningomielita sifilitică, *tabes dorsalis*, neuropatia alimentară. P. 282–300, 334–335, 375–384.

Cazul nr. 3.

A. Tipul segmentar, varianta siringomielică (comisurală). P. 19.
B. Cu ajutorul a două eprubete: una – cu apă rece (8–20°C), și alta – cu apă caldă (38–58°C). Examinarea se face comparativ. P. 16.
C. Comisura medulară anterioară. P. 19.
D. Siringomielie. P. 455–459.
E. Tumora medulară, spondiloza cervicală, coastele cervicale (suplimentare) bilaterale, hematomielia, lepra. P. 458.

Cazul nr. 4.

A. Tipul periferic, varianta polinevritică. P. 18, 229.
B. Excitația se aplică pe extremități în succesiunea „proximal–distal". P. 18–19.
C. Terminațiile nervilor periferici. P. 228.
D. Poliradiculonevrită infecțioasă Guillain-Barré. P. 228–229.
E. Bolile gastrointestinale, patologia renală, diabetul zaharat, neuropatiile toxice. P. 337–354.

Cazul nr. 5.

A. Hipotonie musculară, hipotrofie musculară, hiporeflexie, fasciculații musculare. P. 42.
B. Informația despre vaccinări, în special contra poliomielitei. P. 521.
C. Coarnele medulare anterioare. P. 296.
D. Poliomielita acută anterioară (paralizia spinală infantilă, boala Heine-Medin). P. 295–299.
E. Potențiale spontane de denervare: fibrilații, fasciculații, unde pozitive ascuțite. P. 163.
F. Poliradiculonevrita infecțioasă Guillain-Barré, neuropatiile toxice, meningita bacteriană, abcesul epidural. P. 228, 277–282, 337–354, 406.

Cazul nr. 6.

A. Fotoreacția directă și consensuală este abolită, în timp ce acomodarea pupilară și convergența globilor oculari sunt perfecte. P. 307.
B. Extremitatea în cauză nu poate fi menținută de pacient în poziție orizontală (întinsă) fără un suport extern. P. 37.
C. Fasciculațiile sunt contracții ale unor fascicule musculare, care nu duc la deplasări ale segmentelor de membru. Subiectiv, pacienții acuză senzația de „zvâcniri musculare", „de parcă pe sub piele s-ar mișca ceva" etc. P. 42.
D. Intumescență cervicală medulară ($C_5$–$Th_2$), predominant pe dreapta. P. 36.
E. Meningomielită luetică (sifilitică). P.307.
F. Antibioterapie. P. 310.
G. Tumora extramedulară, mieloza funiculară, spondilita tuberculoasă. P. 282–300, 334–335, 375–384.

Cazul nr. 7.

A. Ataxie senzitivă. P. 20.
B. Cordoanele medulare posterioare. P. 20.
C. Neurosifilis, *tabes dorsalis*. P. 308.
D. Antibioterapie. p.310.
E. Mieloza funiculară, tumora de *Cauda equina*, mielopatia vasculară cronică, polineuropatia diabetică, neuropatia toxică. P. 282–300, 334–335, 375–384.

Cazul nr. 8.

A. Conductiv, începând cu nivelul $Th_8$, și periferic polineuritic („ciorapi", „mănuși"). P. 17–20.
B. Spațiul epidural medular la nivel cervical inferior–toracic mediu. P. 22–24.
C. Blocaj complet al deplasării substanței de contrast (*stop–contrast*). P. 148, 155.
D. Abces epidural. P. 378–380.
E. Intervenție chirurgicală, antibioterapie, corijarea tratamentului antidiabetic. P. 420–423.
F. Tuberculomul, tumora medulară. P. 406–410.

Cazul nr. 9.

A. Tip central de tulburări sfincteriene. P. 44.
B. Măduva spinală toracică inferioară. P. 44.
C. Tumori ale sistemului nervos central. P. 150–153, 380.
D. Tumoră spinală intramedulară. P. 375–383.
E. Scleroza multiplă, mielita transversă, tumora extramedulară, spondilita tuberculoasă. P. 280–282, 304–307, 327–334, 375–383.

Cazul nr. 10.

A. Hipertonus muscular, hiperreflexie, semne patologice. P. 42.
B. Prezența nivelului de afectare a sensibilității. P. 20.
C. Măduva spinării la nivel toracic inferior–lombar superior. P. 44.
D. Metastază vertebro-medulară, cu sediul primar al procesului neoplazic în prostată. P. 375–383.
E. Tumora extramedulară, spondilita tuberculoasă, meningita sifilitică. P. 307, 375–383.

Cazul nr. 11.

A. Epicon medular. P. 379.
B. Semne de elongație. P. 219.
C. Tumoră de *Cauda equina*. P. 375–382.
D. Hernia de disc intervertebral, spondilolistezis, mielita tuberculoasă, tumora localizată în bazin. P. 375–382.

Cazul nr. 12.

A. Hipertonus muscular, hiperreflexie, semne patologice. P. 42.
B. Sindrom de leziune medulară în semisecțiune transversală (sindromul Brown-Séquard). P. 377.
C. Nivel medular $Th_5$ pe stânga. P. 44–45.
D. Tumoră extramedulară. P. 375–378.
E. Meningomielita tuberculoasă, spondilita tuberculoasă. P. 375–382.

Cazul nr. 13.

A. Se instalează fenomenul de şoc medular. P. 402.
B. Retenție acută de urină, necesită sondare (cateterizare) de urgență a vezicii urinare (pericol major de plesnire a vezicii). P. 404.
C. Înlăturarea compresiunii medulare, care se poate complica prin edem medular ascendent (1), fixarea coloanei vertebrale (2). P. 401–405, 420–423.
D. Tetraplegie spastico-atrofică. P. 44.

Cazul nr. 14.

A. Atitudine antalgică. P. 218.
B. Radiculopatie discogenă $S_1$ pe stânga. Tulburări de ortostatism. Sindrom algic violent. Pareză distală în debut a talonului piciorului stâng. P. 218–226.
C. Pareza distală în debut a plantei piciorului, rezultatele examenului prin rezonanță magnetică. P. 226.
D. Tumora de *Cauda equina*, spondilita tuberculoasă, tumora localizată în bazinul mic, spondilolistezis. P. 218–226.

Cazul nr. 15.

A. Parestezii. P. 16.
B. Tipul periferic, varianta polinevritică. P. 18.
C. Polineuropatie diabetică. Pareză distală, parestezii. P. 228.
D. Reducerea amplitudinii răspunsului motor (axonopatie), scăderea vitezei de conducere în asociere cu blocaje de conducere (mielinopatie). P. 162.
E. Polinevrita infecțioasă, polineuropatia toxică, polineuropatia demielinizantă cronică. P. 226–229.
F. Corijarea nivelului de glucoză serică (de preferință, sub supravegherea endocrinologului, diabetologului); gabapentin – pentru reducerea paresteziilor; vitamine ale grupei B; acid lipoic – pentru corijarea metabolismului nervilor periferici. P. 340.

Cazul nr. 16.

A. Tipul periferic, varianta polinevritică. P. 18.
B. Tetrapareză distală. P. 44, 477.
C. Amiotrofie neurală ereditară Charcot-Marie-Tooth. P. 477.
D. Tumora de *Cauda equina*, radiculopatia discogenă, polineuropatia cronică demielinizantă. P. 218, 375–382, 477–485.

Cazul nr. 17.

A. Pareză. P. 37.
B. Sindromul neuronului motor periferic. P. 42.
C. Coarnele medulare anterioare. P. 43.
D. Mielopatie şi multineuropatie motorie saturnină. P. 347.
E. Complexonii (tetracin, pentacin); medicamente ce stimulează eritropoieza, glucoză, tiamină, preparate anticolinesterazice, masaj, kinetoterapie. P. 347–348.
F. Neuropatia alimentară, polinevrita infecţioasă. P. 347–354.

Cazul nr. 18.

A. Distrofie musculară progresivă juvenilă – forma centurilor Erb-Roth. P. 472.
B. Muşchiul striat (sarcolema fibrelor musculare). P. 472–473.
C. Analiza sângelui la conţinut de kreatininfosfokinază şi lactatdehidrogenază, examenul electrocardiografic. P. 472–473.
D. Potenţiale ale unităţilor motorii cu caracter miogen (amplitudine şi durată reduse, rata de polifazie mai mare de 12%). P. 165, 472.
E. Consultaţia geneticianului. P. 462.
F. Tratament simptomatic, sindromal. P. 472–473.
G. Polineuropatia saturnină, miastenia gravă. P. 347, 472–476.

Cazul nr. 19.

A. Neuronul motor periferic, cordoanele medulare laterale (tractul cortico-spinal). P. 478.
B. Sindromul bulbar, sindromul neuronului motor central, sindromul neuronului motor periferic. P. 42, 97, 480.
C. Boala neuronului motor periferic (scleroză laterală amiotrofică, boala Charcot), formă cu manifestări predominant bulbare. P. 478–480.
D. Activitate musculară spontană patologică: potenţiale de fibrilaţii, fasciculaţii, unde pozitive ascuţite. P. 163.
E. Prognosticul rezervat. P. 480.
F. Rilusole (riluthek). P. 478–480.
G. Procesul înlocuitor de spaţiu al fosei craniene posterioare, tumora de trunchi cerebral, siringobulbia, hordomul, miastenia, botulismul, meningomielita luetică, platibazia. P. 307, 369–373, 474–476, 454–455, 458.

Cazul nr. 20.

A. Sindromului pseudobulbar. P. 97.
B. Flexie reflexă patologică, invincibilă a degetelor mâinii pacientului, declanşată de un stimul tactil mobil pe faţa palmară a mâinii. P. 142.
C. Maladia Alzheimer. P. 191–192.
D. Tumora cerebrală, sifilisul meningovascular, intoxicaţia cu plumb, hidrocefalia normotensivă, demenţa alcoolică, carenţa de vitamina $B_{12}$. P. 192–194, 342, 347–348, 354, 357–368.

Cazul nr. 21.

A. Râs spasmodic (sardonic, forţat). P. 97.
B. Depunere pericorneană de cupru, de culoare brună-verzuie. P. 469.
C. Degenerescenţă hepatocerebrală (degenerescenţă hepatolenticulară, boala Wilson-Konovalov). P. 468–469.

D. Ceruloplasmină. P. 468.
E. Intoxicația provocată de compușii mercurului, boala Parkinson. P. 351, 54, 485–488.
F. D-penicilamină (cuprenil), preparate de zinc, dietă cu evitarea produselor ce conțin mult cupru. P. 468–469.

Cazul nr. 22.
A. Mişcare involuntară ritmică, sincronă, în aceeaşi direcție – verticală sau orizontală – a globilor oculari, depistată prin fixarea privirii spre ciocănaşul neurologic sau spre alt obiect, deplasându-l încet spre stânga, spre dreapta, în sus şi în jos. P. 61, 89.
B. Focarele (plăcile) de demielinizare, localizate periventricular, în corpul calos, nervul optic, trunchiul cerebral, măduva cervicală şi în zonele de confluență dintre substanța albă şi cea cenuşie. P. 331.
C. Scleroză multiplă. P. 328–333.
D. Evoluție în pusee (recurentă). Evoluție în pusee progresivă (secundar progresivă). Evoluție progresivă (primar progresivă). P. 331.
E. Meningomielita sifilitică, meningita tuberculoasă, abcesul cerebral, tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, insuficiența vertebrobazilară, platibazia. P. 347–348, 357–368, 454–455.
F. Plasmafereză. Tratamente imunosupresiv, imunopatogenic, simptomatic. P. 331–333.

Cazul nr. 23.
A. Bulbul rahidian. P. 97.
B. Indice-nas. P. 60.
C. Siringobulbie. P. 458.
D. Metoda se bazează pe principiul că în țesuturile organismului există particule încărcate, direcția mişcării cărora poate fi influențată de un câmp magnetic. P. 157.
E. Tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, platibazia, meningita sifilitică. P. 454–455, 458.

Cazul nr. 24.
A. Mişcări involuntare. P. 52.
B. Nervul facial. P. 82.
C. Coree Huntington. P. 488–489.
D. Patru. Fig. 71, planşa colorată.
E. Intoxicația cu plumb, morbul Wilson, morbul Parkinson. P. 54, 351, 485–488.

Cazul nr. 25.
A. Sindromul de hipertensiune intracraniană. P. 358.
B. Prin proba Weber (mânerul camertonului care vibrează se plasează pe creştetul pacientului examinat) se examinează partea acustică a nervului acustico-vestibular (perechea a VIII-a). P. 89.
C. Jumătatea feței din partea nervului lezat devine nemişcată, amimică. Pliurile hemifrunții şi plicile nazolabiale sunt şterse, fanta palpebrală este lărgită. Lagoftalmie. Unghiul gurii pe partea bolnavă se plasează mai jos, în raport cu partea sănătoasă. Manifestare „Charles Bell". Hipersecreție lacrimală. P. 85.
D. Abces otogen al lobului temporal stâng. P. 406.
E. Combinarea proprietății razelor Roentgen de a trece în mod diferit prin țesuturile de diferită densitate şi posibilitățile calculatorului de a suma şi a analiza rapid informația. P. 156.

F. Alte procese de volum ale lobului temporal cerebral, meningita de orice etiologie. P. 277–282, 357–353, 406–413.

Cazul nr. 26.

A. Mişcare involuntară ritmică, sincronă, în aceeaşi direcţie – verticală sau orizontală – a globilor oculari, depistată prin fixarea privirii spre ciocănaşul neurologic sau spre alt obiect, deplasându-l încet spre stânga, spre dreapta, în sus şi în jos. P. 61, 89.
B. Pacientul întinde braţele orizontal şi realizează rapid mişcări de pronaţie-supinaţie a lor (palmele „pe faţă – pe dos"). P. 61.
C. Pacientul lipeşte călcâiele şi vârfurile, întinde mâinile în jos şi le lipeşte de trunchiul corpului şi coapse, închide ochii. Probe Romberg modificate (sensibilizate): întinde mâinile înainte, pune un picior în faţa altuia pe linie dreaptă, stă într-un picior etc. P. 59.
D. Abces otogen al emisferei cerebeloase drepte. P. 406.
E. Ambrois şi Hounsfield. P. 156.
F. Alte procese de volum ale fosei craniene posterioare, meningita de orice etiologie. P. 277–282, 357–353, 406–413.

Cazul nr. 27.

A. Dilatarea pupilei. P. 76.
B. Senzaţia pacientului de dublare a marginilor obiectelor pe care le priveşte. P. 76.
C. Vitamina $B_1$. P. 353.
D. Encefalopatia Gayet-Wernike. P. 352–353.
E. Meningita sifilitică, meningita tuberculoasă, tromboza sinusului cavernos, anevrismul de poligon Willis, miastenia gravă. P. 246, 265, 280–281, 307, 474.

Cazul nr. 28.

A. Sindromul Argyll Robertson. p.307.
B. Laterale şi ventriculul trei. P. 156.
C. Paralizia generală progresivă (demenţa paralitică). P.309.
D. Reacţia Wasserman, VDRL *(Veneral Disease Research Laboratory)*, TPH *(Treponema pallidum hemaglutinare)* etc. P. 309–310.
E. Intoxicaţia cu plumb, neuropatia arsenică, procesele expansive cerebeloase. P. 351, 277–282.

Cazul nr. 29.

A. Partea afectată a muşchilor mimici ai feţei. P. 85.
B. Semne meningiene. P. 278.
C. Diminuarea auzului sau surditatea unilaterală este posibilă doar la lezarea sistemului auditiv de recepţie, a părţii cohleare a nervului VIII şi a nucleilor lui.
D. Creşte atât conţinutul de proteine, cât şi numărul elementelor, celulare, comparativ cu indicii normali. P. 278.
E. Meningita tuberculoasă bazală. P. 280–281.

Cazul nr. 30.

A. Oftalmoscopia. P. 73.
B. Nervul oculomotor (perechea a III-a). P. 73–74.
C. Nervul optic (perechea a II-a). P. 71.
D. Nervul trigemen (perechea a V-a), nervul facial (perechea a VII-a), nervul oculomotor comun (perechea a III-a). P. 73, 79, 82.

E. Meningiom de aripă de os sfenoid. P. 365.
F. Tromboza de sinus cavernos, tumora de lob cerebral occipital, anevrismul de poligon Willis, hipertiroidita, miastenia. P. 246, 265, 341, 367, 474.

Cazul nr. 31.

A. Convulsii care se „deplasează" în direcţie cranian-caudală sau invers, starea de conştienţă a pacientului fiind pe deplin păstrată. P. 429.
B. Hipotonie, hiporeflexie, hipotrofie (depinde de caz) şi fasciculaţii (depinde de caz), manifestări electrofiziologice speciale (reacţie de degenerescenţă musculară, potenţiale de fibrilaţii, potenţiale de fasciculaţii, unde pozitive ascuţite). P. 42, 163.
C. Din cadrul semnelor patologice, caracteristice pentru o pareză/plegie de tip central. P. 42.
D. Limitarea mişcărilor active pe motiv de tulburare a funcţiei sistemului nervos central sau periferic. P. 37.
E. Metastaze cerebrale de cancer pulmonar. P. 373.
F. Alte procese intracraniene înlocuitoare de spaţiu. P. 277–282, 357–353.

Cazul nr. 32.

A. Acufene. P. 183–184.
B. Diapazonul vibrând. P. 89.
C. Hipoacuzie de percepţie. P. 89.
D. Potenţialul evocat auditiv reprezintă răspunsul local înregistrat electrocortical la stimulare periferică auditivă. P. 166.
E. Tumoră de unghi ponto-cerebelos pe stânga. P. 184.
F. Meningita tuberculoasă, meningita sifilitică, tumora de gaură mare occipitală, anevrismul, insuficienţa vertebro-bazilară, platibazia, boala Ménière. P. 183, 251, 280–281, 369, 454.

Cazul nr. 33.

A. Oculomotor comun (perechea a III-a). P. 75.
B. Trigemen (perechea a V-a). P. 79.
C. Frontal, maxilar (sinusul lui Highmore), sfenoid. P. 154.
D. Metoda se bazează pe principiul că în ţesuturile organismului există particule încărcate, direcţia mişcării cărora poate fi influenţată de un câmp magnetic. Particula principală încărcată este protonul atomului de hidrogen. Nimerind într-un câmp magnetic, protonii se grupează spre polul nord al magnetului, din care cauză apare un vector magnetic, a cărui amplitudine depinde de densitatea protonilor şi de puterea câmpului magnetic. P. 157.
E. Tumoră de rinofaringe cu invadarea cavităţii craniene. P. 372.
F. Meningita luetică, meningita tuberculoasă, meningiomul de os sfenoid, anevrismul de poligon Willis, tromboză de sinus cavernos, miastenia gravă. P. 246, 265, 280, 307, 365, 474.

Cazul nr. 34.

A. Prin excitarea susţinută a pielii plantei pe marginea externă, mergând de la călcâi spre degete, răspunsul fiind extensia degetului mare şi desfacerea în evantai a celorlalte degete. P. 41.
B. Zona motorie a emisferei cerebrale drepte (lobul frontal, aria 4 Brodmann). P. 32.
C. Metoda combină radiografia de rutină cu reconstruirea digitalizată computerizată, ce oferă imagini multiple bidimensionale ale corpului. P. 156.

D. Meningiom parasagital. P. 360.
E. Abcesul parasagital, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 35.
A. Atac ischemic tranzitor. P. 242.
B. Paralizia mușchilor mimici din partea opusă focarului ține numai de grupul lor inferior (ștergerea plicii nazolabiale, semnul „paletei" pozitiv). P. 86.
C. Explorarea este bazată pe principiul Doppler: unghiul de reflecție al undei sonore depinde de viteza mișcării obiectului scanat (eritrocitele). P. 170.
D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic tromboembolic în sistemul arterei carotide interne drepte. P. 248–259.
E. Procesele intracraniene înlocuitoare de spațiu, anevrism în poligonul Willis, tromboza arterei carotide comune. P. 246, 248–259, 277–282, 357–353.

Cazul nr. 36.
A. Se numește *vertij* senzația pe care o are bolnavul: că lumea înconjurătoare se învârte în jurul lui sau că însuși corpul lui se deplasează în spațiu. P. 181.
B. Pupilă îngustată. P. 510.
C. Hipoacuzia de percepție (de natură neurologică) este unilaterală și poate fi însoțită de diverse zgomote, fluierături, foșnete. P. 89.
D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic în sistemul vertebro-bazilar – tromboză a arterei cerebeloase inferioare stângi. P. 251.
E. Abcesul cerebelos, tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, insuficiența vertebro-bazilară, boala Ménière. P. 183, 251, 369, 406.

Cazul nr. 37.
A. Motilitatea. P. 32.
B. Aria 44 Brodmann din lobul frontal dominant. P. 124.
C. Dacă bolnavul în decubit ventral ține gambele în flexiune, membrul inferior paretic cade înaintea celui normal. P. 37.
D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic în sistemul arterei carotide interne drepte (tromboză a arterei cerebrale anterioare pe dreapta). P. 251.
E. Procesele expansive de lob frontal, encefalita, stenoza de arteră carotidă. P. 249, 360, 390, 406.

Cazul nr. 38.
A. III (oculomotor comun), IV (trohlear), V (trigemen) și VI (abducens). P. 73, 76.
B. Imposibilitatea mișcării voluntare a globului ocular. P. 75.
C. Puncția lombară se va practica între vertebrele a 4-a și a 5-a lombare, acolo unde măduva nu poate fi lezată, în caz că se ajunge la cisterna rahidiană. Se va străbate cu acul de puncție ligamentul interspinos, ligamentul galben, apoi, perforând dura mater, se va ajunge la sacul arahnoidian, moment în care vor curge primele picături de lichid. P. 150.
D. Tromboză septică de sinus cavernos. P. 265.
E. Encefalopatia Gayet-Wernike, anevrismul de poligon Willis, miastenia gravă. P. 246, 325, 474.

Cazul nr. 39.
A. Afazia motorie (Broca) se definește prin dezintegrarea fonetică asociată cu reducerea spontaneității verbale. Discursul este încetinit, monoton, silabisit, laconic, emis cu efort. Înțelegerea vorbirii adresate pacientului este păstrată. Eforturile

bolnavului pentru a vorbi şi mimica sa denotă prezenţa conştienţei erorilor cu reacţii de enervare sau angoasă frecvente. P. 135.

B. Paralizia muşchilor mimici din partea opusă focarului ţine numai de grupul lor inferior (ştergerea plicii nazolabiale, semnul „paletei" pozitiv). P. 86.

C. Lobul cerebral frontal stâng, zona motorie. P. 124.

D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic (tromboză) în sistemul arterei cerebrale medii stângi. P. 251.

E. Procesele expansive de lob temporal şi parietal, stenoza de arteră carotidă internă, encefalita. P. 249, 282, 360, 362, 391, 393, 406.

Cazul nr. 40.

A. Porţiunea aferentă – nervul optic (perechea a II-a): retina, nervul optic – bandeleta optică – tuberculii anteriori ai eminenţei cvadrigemene (centrul reflex). Porţiunea eferentă: nucleul Iakubovici de celule mici al nervului oculomotor comun (perechea a III-a) – nervul oculomotor comun – muşchiul constrictor al pupilei. P. 71.

B. Hemianopsia omonimă se caracterizează prin pierderea jumătăţii câmpului vizual (din stânga ori din dreapta) pentru fiecare ochi. Ea apare în cazul lezării tractului optic, a corpului geniculat lateral, a capsulei interne, a fasciculului Gratiolet sau a regiunii calcarine. La lezarea structurilor din dreapta, hemianopsia este prezentă în stânga, şi invers. P. 73.

C. Lobul occipital, regiunea scizurii calcarine. P. 126.

D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic tromboembolic în sistemul arterei cerebrale posterioare. P. 251.

E. Procesele expansive cerebrale, encefalita, malformaţia arterio-venoasă, insuficienţa vertebro-bazilară. P. 282, 367, 369, 391, 393, 406.

Cazul nr. 41.

A. Edem incipient – edem avansat – stază papilară – atrofia papilei nervului optic. P. 358.

B. Hipertonus muscular „lamă de briceag", hiperreflexie, semne patologice pozitive. P. 42.

C. Dilatarea patologică a pupilei. P. 76.

D. Hematom cronic subdural parieto-temporal pe stânga. P. 391.

E. Procesele expansive cerebrale, encefalita, malformaţia arterio-venoasă, higromul cronic subdural. P. 367, 369, 391, 393, 394, 406.

Cazul nr. 42.

A. Interval liber (interval „luminos"). P. 391.

B. Deplasarea structurilor cerebrale medii, preangajarea trunchiului cerebral. P. 392.

C. Afectarea fibrelor parasimpatice ale nervului oculomotor comun. P. 76.

D. Hematom epidural acut parietal pe dreapta. P. 391.

E. Hematomul subdural acut, hematomul intracerebral, fractura înfundată a oaselor craniului. P. 243, 391, 395.

Cazul nr. 43.

A. Cu camertonul vibrând. P. 89.

B. Nervul hipoglos (perechea a XII-a). P. 96.

C. Proba indice-nas. P. 60.

D. Platibazie. P. 454.

E. Meningita tuberculoasă, tumora de unghi ponto-cerebelos, tumora din regiunea găurii mari occipitale, anevrismul de arteră vertebrală, insuficienţa vertebro-bazilară. P. 246, 251, 278, 369.

Cazul nr. 44.

A. Maladii neurologice, psihice, cardiovasculare, oftalmologice, ale urechii. P. 181.
B. Acumetria fonică se cercetează pentru fiecare ureche în parte, de la distanţa de 6 metri. Pacientul este aşezat cu urechea către examinator, cealaltă ureche fiind astupată; examinatorul îi adresează cu voce şoptită diferite cuvinte sau cifre, pe care pacientul trebuie să le repete. P. 88.
C. 0,15 – 0,33 g/l. P. 150.
D. Boala Ménière. P. 183.
E. Meningita luetică, tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, insuficienţa vertebro-bazilară. P. 251, 307, 369.

Cazul nr. 45.

A. Sistemul extrapiramidal. P. 46.
B. Mers parkinsonian. P. 65.
C. Unităţi Hounsfield. P. 156.
D. Boala Parkinson. P. 485.
E. Degenerescenţa cerebeloasă, atrofia multisistemică, tremorul funcţional, tremorul esenţial. P. 481, 507, 513.

Cazul nr. 46.

A. Migrenă. P. 173.
B. Tratamentul simptomatic (de stopare a accesului): acid acetilsalicilic sau antiinflamatoare nesteroide, preparatele ergotaminei, triptanele. Tratamentul profilactic. P. 175.
C. Computer tomografie, rezonanţă magnetică cerebrală pentru a exclude o maladie neurologică în evoluţie. P. 179.
D. Cefaleea tensională, cefaleea cronică cotidiană, cefaleea „în ciorchine", hemicrania paroxismală, cefaleele secundare, cefaleea condiţionată de hipertensiunea intracraniană. P. 176–181.

Cazul nr. 47.

A. Gravitate medie. P. 194.
B. Reacţii dureroase puternice ce apar la stimulări repetate şi persistenţa durerii chiar şi după încetarea stimulării. P. 30.
C. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat şi numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. P. 253.
D. Encefalopatie hipertensivă acută. P. 238, 261.
E. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parţial tromboplastinic, ionograma, glicemia, CT cerebrală. P. 252.
F. Atacul ischemic tranzitor, accidentul vascular cerebral în evoluţie, accidentul constituit. P. 241.

Cazul nr. 48.

A. Dereglarea articulaţiei vorbirii în sindromul bulbar sau pseudobulbar. P. 97.
B. *Palparea şi determinarea consistenţei şi tensiunii muşchiului în repaus. Mişcări pasive în articulaţii, instruind bolnavul să se afle în stare relaxată.* P. 51.

C. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic în evoluție în sistemul arterei carotide interne drepte. P. 241.
D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
E. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat şi numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. Deciderea necesității tratamentului trombolitic. P. 253, 258.
F. Atacul ischemic tranzitor, accidentul constituit, ictusul hemoragic. P. 241, 243.

Cazul nr. 49.
A. Sindrom altern. P. 98.
B. Atac ischemic tranzitor în sistemul vertebro-bazilar (teritoriul arterei vertebrale drepte). P. 251.
C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
D. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat şi numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. p. 253.
E. Accidentul vascular cerebral în evoluție, accidentul constituit. P. 241.

Cazul nr. 50.
A. Hemipareză dreaptă. P. 37.
B. Parestezie. P. 16.
C. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic cardioembolic constituit în sistemul arterei carotidiene interne stângi. P. 251.
D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
E. Tratamentul tulburărilor de ritm cardiac, cardiotonice, oxigen, monitorizând modificările clinice. Deciderea necesității tratamentului trombolitic. P. 253, 258.
F. Hemoragia cerebrală, hematomul subdural. P. 243.

Cazul nr. 51.
A. Semne meningiene. P. 278.
B. Reflex patologic cauzat de suferința tractului piramidal. P. 41.
C. Boală cerebro-vasculară. Hemoragie subarahnoidiană, posibil pe motiv de ruptură de anevrism. P. 251.
D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
E. Tratamentul tulburărilor de ritm cardiac, cardiotonice, oxigen, monitorizând modificările clinice. Deciderea necesității tratamentului chirurgical. P. 253, 258.
F. Hemoragia cerebrală, hematomul subdural. P. 243.

Cazul nr. 52.

A. Accident vascular hemoragic. Hematom intraparenchimatos. P. 243.
B. Emisfera cerebrală stângă, sistemul arterei sylviene stângi. P. 244.
C. În fiecare emisferă a creierului sunt situați centrii responsabili de mișcările concomitente ale capului și globilor oculari în partea opusă. La afectarea unei emisfere predomină influența emisferei opuse. P. 198.
D. Primară, cauzată de o leziune neurologică. P. 200.
E. Tensiunea arterială se reduce treptat, până la nivelul prehemoragic. Perfuzia cerebrală se menține la nivel adecvat. Manitol, vitamina K, clorură de calciu, vitamina C. Deciderea necesității tratamentului chirurgical. P. 253, 258.
F. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
F. Ischemia cerebrală, hemoragia de trunchi cerebral, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 53.

A. Accident vascular hemoragic. Hematom intraparenchimatos cu erupere în sistemul ventricular cerebral. P. 243.
B. Emisfera cerebrală stângă, sistemul arterei sylviene stângi. P. 244.
C. Perioadele de hiperventilație alternează cu apneea. P. 197.
D. Coma se definește ca o pierdere prelungită a cunoștinței și vigilenței (stării de veghe), ce se manifestă prin absența răspunsului adaptiv la stimulentele externe sau interne. P. 194.
E. Rigiditatea prin decerebrare (extensia membrelor superioare și inferioare) indică afectarea rostrală a trunchiului cerebral. P. 198.
F. Primele gesturi medicale vor fi orientate spre estimarea funcțiilor vitale (respirația, sistemul cardiovascular, temperatura) ale pacientului și reglarea lor imediată până a termina examenul detaliat ulterior. P. 196.
G. Ischemia cerebrală, hemoragia de trunchi cerebral, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 54.

A. Accident vascular ischemic în sistemul vertebro-bazilar. Sindromul Ménière. P. 182, 251.
B. Trunchiul cerebral, cerebelul, regiunile din vecinătatea ventriculului al treilea. P. 236.
C. Diverse zgomote, fluierături, foșnete. P. 89.
D. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat și numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. Se indică cinnarizină pentru tratamentul vertijului P. 184, 253.
E. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 55.

A. Accident vascular ischemic în sistemul arterei cerebrale posterioare. P. 251.
B. Lobul cerebral occipital și o parte din lobul temporal. P. 236.
C. Pierderea unilaterală a câmpului vizual (ori din stânga, ori din dreapta). P. 73.
D. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat și numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. P. 253.
E. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 56.

A. Sincopă pe motiv de blocaj atrioventricular (criza sau sindromul Adams-Stokes). P. 336.
B. Leziune difuză şi bilaterală a cortexului cerebral cauzată de hipoxie. P. 194.
C. Conştienţa este orientarea în timp, spaţiu şi în propria persoană. P. 194.
D. Tratamentul blocajului atrioventricular, nootropi, oxigenoterapie normotensivă. P. 336.
E. Criza epileptică, atacul ischemic tranzitoriu, accidentul vascular cerebral. P. 335–336.

Cazul nr. 57.

A. Hemoragie subarahnoidiană. P. 246.
B. Pupilele au dimensiuni diferite. P. 76.
C. Pareză a nervilor cranieni (ex.: III, IV), cefalee moderată sau severă, rigiditate occipitală marcată. P. 248.
D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parţial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncţie lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
E. Repaus la pat, antalgice, nimodipină, deciderea tratamentului chirurgical. P. 256.
F. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 58.

A. Migrenă cu aură. P. 174.
B. Orbirea de origine neurologică. P. 73.
C. Computer tomografie, rezonanţă magnetică cerebrală, pentru a exclude o maladie neurologică în evoluţie. P. 179.
D. Tratamentul simptomatic (de stopare a accesului): acid acetilsalicilic sau antiinflamatoare nesteroide, preparatele ergotaminei, triptanele. Tratamentul profilactic. P. 175.
E. Cefaleea tensională, cefaleea cronică cotidiană, cefaleea „în ciorchine", hemicrania paroxismală, cefaleele secundare, cefaleea condiţionată de hipertensiunea intracraniană. P. 176–181.

Cazul nr. 59.

A. Tromboza sistemului venos central. P. 265.
B. Mioză, ptoză palpebrală superioară, enoftalmie. P. 510.
C. Examenul fundului de ochi, computer tomografie, rezonanţă magnetică, rahicenteză. P. 179.
D. Tratamentul are trei obiective: combaterea infecţiei, a trombozei şi a sindromului hipertensiunii intracraniene. P. 265.
E. Meningitele şi meningoencefalitele microbiene, abcesul sau tumoarea cerebrală şi hemoragia subarahnoidiană. P. 265.

Cazul nr. 60.

A. Accident vascular ischemic în sistemul vertebro-bazilar. P. 251
B. Perechea a IX-a – nervul glosofaringian. P. 91.
C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parţial tromboplastinic, ionograma, glice-

mia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.

D. Primele măsuri medicale vor fi orientate spre estimarea funcțiilor vitale (respirația, sistemul cardiovascular, temperatura) ale pacientului și reglarea lor imediată, până a termina examenul detaliat ulterior. P. 196.

E. Ischemia cerebrală, hemoragia de trunchi cerebral, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 61.

A. Ictus medular cervical, posibil discogen. P. 271.

B. Dereglarea sensibilității pe suprafața dermatomerelor, care se prezintă sub formă de benzi longitudinale – pentru membre și transversale – pentru trunchiul corpului. P. 19.

C. Analiza lichidului cefalorahidian, EMG, potențiale evocate, rezonanță magnetică medulară. P. 274.

D. Măsuri pentru îmbunătățirea circulației sanguine (vasodilatatoare). Înlăturarea procesului de ocluzie, posibil prin intervenție chirurgicală. Diureză forțată cu rehidratare. P. 274.

E. Mielita, poliomielita, tumorile medulare, scleroza multiplă. P. 274.

Cazul nr. 62.

A. Ictus cerebral hemoragic, hemoragie în puntea Varolio. P. 245.

B. Respirație ritmică frecventă, alternată cu perioade de apnee, cauzată de leziunile protuberanței pontine. P. 197.

C. Fenomenul „ochi de păpușă" se realizează prin rotația pasivă rapidă a capului pacientului în comă în plan orizontal și vertical. Proba este negativă, dacă ochii rămân nemișcați. P. 198.

D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.

E. Primele măsuri medicale vor fi orientate spre estimarea funcțiilor vitale (respirația, sistemul cardiovascular, temperatura) ale pacientului și reglarea lor imediată, până a termina examenul detaliat ulterior. P. 196.

F. Ischemia cerebrală, hemoragia emisferială, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 63.

A. Ictus cerebral hemoragic, hemoragie în emisfera cerebeloasă stângă. P. 245.

B. Hiperventilație centrală neurogenă, care este un indicator nefavorabil al comei. P. 197.

C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.

E. Decompresie chirurgicală. P. 256.

F. Ischemia cerebrală, hemoragia emisferială, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 64.

A. Ictus cerebral ischemic, tromboembolia arterei bazilare. P. 251.
B. Tulburare de identificare şi de recunoaştere pe cale vizuală a obiectelor şi imaginilor. P. 145.
C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parţial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncţie lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
E. Anticoagulante, aspirină, antihipoxante, nootrope, preparate vasoactive. P. 259–260.
F. Ischemia cerebrală emisferială, hemoragia emisferială, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 65.

A. Hemoragie subarahnoidiană. P. 246.
B. Deficit focal mediu, letargie sau confuzie, semne meningiene marcate. P. 248.
C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parţial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncţie lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
D. Anticoagulante, aspirină, antihipoxante, nootrope, preparate vasoactive, kinetoterapie. P. 259–260.
E. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 66.

A. Accident vascular cerebral ischemic cauzat de ocluzia arterei carotide comune stângi. P. 246.
B. Apraxia ideatorie se manifestă în cadrul utilizării obiectelor în acţiuni simple (utilizarea unui creion, aprinderea unui chibrit) sau în acţiuni mai complexe (a face un plic, a aprinde o lumânare). P. 139.
C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parţial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncţie lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
D. Anticoagulante, aspirină, antihipoxante, nootropi, preparate vasoactive, kinetoterapie. P. 259–260.
E. Procesele expansive cerebrale, encefalita, malformaţia arterio-venoasă, higromul cronic subdural. P. 367, 369, 391, 393, 394, 406.

Cazul nr. 67.

A. Ictus medular vertebrogen în sistemul arterei radiculomedulare Adamkiewicz. P. 271.
B. Măduva spinală mai jos de nivelul $Th_4$, posibil în întregime. P. 267.
C. Analiza lichidului cefalorahidian, EMG, potenţiale evocate, rezonanţă magnetică medulară. P. 274.

D. Măsuri de îmbunătăţire a circulaţiei sanguine (vasodilatatoare). Înlăturarea procesului de ocluzie, posibil prin intervenţie chirurgicală. Diureză forţată cu rehidratare. P. 274.
E. Mielita, poliomielita, tumorile medulare, scleroza multiplă. P. 274.

Cazul nr. 68.
A. Traumatism craniocerebral – comoţie cerebrală. Hematom subdural de fosă craniană posterioară. P. 271.
B. Amnezie retrogradă. P. 141.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
D. Regim la pat, tratament sedativ. Tratament chirurgical. P. 399.
E. Contuzia cerebrală, sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 69.
A. Traumatism craniocerebral – comoţie cerebrală. P. 271.
B. La mişcarea globilor oculari apar senzaţii neplăcute asemănătoare cu dereglările vestibulare. În acelaşi timp, apare durerea în globii oculari. P. 387.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
D. Regim la pat, tratament sedativ. P. 399.
E. Contuzia cerebrală, sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 70.
A. Traumatism craniocerebral – contuzie cerebrală medie-gravă. Hematom subdural. P. 388–390.
B. Deschiderea ochilor O1 – răspuns absent, răspuns verbal V1 – absent, răspuns motor M1 – absent; stare de conştienţă abolită total. P. 197.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilaţie pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, prevenirea dereglărilor trofice, tratamentul plăgilor ţesuturilor moi; la indicaţie – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
E. Sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 71.
A. Traumatism craniocerebral – hematom epidural. P. 391.
B. Regiunea fronto-temporală stângă. P. 396.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală. P. 399.
D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilaţie pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, terapie anticonvulsivă, tratamentul plăgilor ţesuturilor moi; la indicaţie – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
E. Contuzia de trunchi cerebral, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 72.

A. Traumatism craniocerebral – contuzie cerebrală medie. P. 388.
B. O4+V3+M4=11. Obnubilare (sopor, stupoare). P. 197.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală. P. 399.
D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi; la indicație – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
E. Contuzia de trunchi cerebral, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 73.

A. Traumatism craniocerebral – hematom subdural subacut fronto-parietal pe dreapta. P. 392.
B. Semne meningiene pozitive (redoarea cefei, semnele Brudzinski superior, mediu, inferior, Kernig, Weiss-Edelmann, Bechterew, Mendel etc.). P. 278.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală. P. 399.
D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi; la indicație – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
E. Contuzia de trunchi cerebral, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 74.

A. Traumatism craniocerebral – comoție cerebrală, hemoragie subarahnoidiană posttraumatică. P. 392.
B. La rotirea globilor oculari apar dereglări de statică – bolnavul nu poate sta și cade. P. 387.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncție lombară. P. 399.
D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi, nimodipină; la indicație – antibioterapie. P. 399.
E. Contuzia de trunchi cerebral, hematomul subdural, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 75.

A. Traumatism craniocerebral – comoție cerebrală, hematom subdural de fosă craniană posterioară. P. 392.
B. O3+V3+M4=10. Obnubilare (sopor, stupoare). P. 387.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncție lombară. P. 399.
D. Tratamentul chirurgical de urgență. P. 394.
E. Contuzia de trunchi cerebral, hematomul subdural, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 76.

A. Traumatism craniocerebral (comoție cerebrală) și vertebro-medular – contuzie medulară la nivel cervical. P. 392, 403.
B. Transportare în decubit dorsal pe o saltea moale, aplicată pe un suport dur, cu capul fixat. P. 404.

C. Conductiv. P. 17.
D. Craniografia simplă, ecoencefalografia, radiografia regiunilor cervicală şi toracală ale coloanei vertebrale, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncţie lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
E. Tratamentul edemului cerebral şi medular (manitol, furosemid, dexametazon), ventilaţie pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor ţesuturilor moi, antibioterapie; la indicaţie – tratament chirurgical de urgenţă. P. 394, 399, 404.
F. Contuzia de trunchi cerebral, compresiunea medulară acută. P. 387–402.

Cazul nr. 77.
A. Traumatism vertebro-medular – compresiune medulară la nivel toraco-lombar. P. 401.
B. Paraplegie flască inferioară. P. 42.
C. Tulburări sfincteriene de tip central. P. 42.
D. Craniografia simplă, ecoencefalografia, radiografia regiunilor toracală şi lombară ale coloanei vertebrale, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncţie lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
E. Sondarea vezicii urinare, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), ventilaţie pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor ţesuturilor moi, antibioterapie, profilaxia escarelor; la indicaţie – tratament chirurgical de urgenţă. P. 394, 399, 404.
F. Comoţia medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 78.
A. Traumatism craniocerebral – comoţie cerebrală. P. 271.
B. Simptomul Sedan – la citire apare strabismul divergent, adică se dereglează convergenţa şi apare o diplopie. P. 387.
C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
D. Regim la pat, tratament sedativ. P. 399.
E. Contuzia cerebrală, sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 79.
A. Traumatism vertebro-medular – lezare medulară la nivel toraco-lombar. P. 401.
B. Segmentele medulare $Th_9$–$Th_{10}$ pe dreapta. P. 42.
C. Sindrom Brown-Sèquard (lezare medulară în semisecţiune transversală). P. 20, 403.
D. Radiografia regiunilor toracală şi lombară ale coloanei vertebrale, CT mielografia, puncţie lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
E. Tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), tratamentul plăgilor ţesuturilor moi, antibioterapie, profilaxia escarelor; la indicaţie – tratament chirurgical de urgenţă. P. 399, 404.
F. Comoţia medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 80.
A. Traumatism vertebro-medular – compresiune medulară acută la nivel cervical. P. 402.
B. Segmentele medulare $C_3$–$C_4$. P. 20, 42.

C. Tetrapareză: severă în picioare, moderată în mâini. P. 42.
D. Radiografia regiunilor cervicală şi toracală ale coloanei vertebrale, CT mielografia, puncţie lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
E. Tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon); la indicaţie – tratament chirurgical de urgenţă. P. 399, 404.
F. Comoţia medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 81.
A. Traumatism vertebro-medular – compresiune medulară acută la nivel cervical. P. 402.
B. Nivelul cervical superior-mediu. P. 20, 42.
C. Mişcări voluntare ce permit ridicarea membrului paretic. P. 37.
D. Radiografia regiunilor cervicală şi toracală ale coloanei vertebrale, CT mielografia, puncţie lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
E. Tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon); la indicaţie – tratament chirurgical de urgenţă. P. 399, 404.
F. Comoţia medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 82.
A. Mielită transversă secundară, posibil bacteriană. P. 304.
B. Segmentele medulare $Th_2$–$Th_4$. P. 20, 42.
C. Conductiv. P. 20.
D. Radiografia regiunilor toracală şi lombară ale coloanei vertebrale, puncţia lombară, hemocultura, însămânţarea lichidului cefalorahidian, RM vertebro-medulară. P. 306.
E. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcţiilor de micţiune şi defecaţie, profilaxia escarelor. P. 306.
F. Epidurita supurativă, poliomielita, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielita, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 83.
A. Poliomielită acută anterioară (paralizia medulară infantilă, Boala Heine-Medin). P. 295.
B. Coarnele medulare anterioare, mai ales la nivelul intumescenţelor cervicală şi lombară. P. 296.
C. Analiza lichidului cefalorahidian, teste serologice, izolarea virusului, RMN a măduvei spinării. P. 298–299.
D. Izolarea în spital timp de 6 săptămâni. Repaus absolut fizic şi psihic. Analgezice, vitamina C, comprese umede şi calde pe regiunile dureroase. În caz de insuficienţă respiratorie – respiraţie asistată. În perioada de regresare – program de recuperare. P. 299.
E. Mielitele cu virusul Coxsackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 299.

Cazul nr. 84.
A. Poliradiculonevrită acută infecţioasă de tip Guillain-Barré. P. 228.
B. Rădăcinile rahidiene, nervii periferici. P. 228.
C. Creşterea conţinutului de proteine în analiza lichidului cefalorahidian, în timp ce numărul de elemente celulare rămâne neschimbat, comparativ cu indicii normali. P. 152, 229.

D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, radiografia pulmonară, ECG, examenul electromiografic de stimulodetecție. P. 162, 229.
E. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi, diureză forțată, plasmafereza. P. 229.
F. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Coxsackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 85.

A. Meningită acută purulentă (septică), posibil secundară. P. 278.
B. Tunicile cerebrale (arahnoida și pia mater). P. 279.
C. Meningismul este o stare patologică în care primele două compartimente ale triadei meningitice (semne și simptome generale de infecție, sindromul meningian sunt pozitive), lichidul cefalorahidian rămânând normal sau modificându-se în alt mod decât cel meningitic. P. 278.
D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecție, radiografia pulmonară, ECG. P. 279.
E. Antibioterapie și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni edemul cerebral și alte complicații posibile. P. 279.
F. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

Cazul nr. 86.

A. Mielită transversă secundară, posibil bacteriană. P. 304.
B. Măduva spinării la nivel toracic inferior, lombar superior. P. 20, 42.
C. Reflexul Babinski pozitiv: la excitarea cu acul a marginii externe a plantei, se produce extensia halucelui, celelalte degete flexându-se și răsfirându-se „în evantai". P. 41.
D. Radiografia regiunilor toracală și lombară ale coloanei vertebrale, puncția lombară, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, RM vertebro-medulară. P. 306.
E. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcțiilor de micțiune și defecație, profilaxia escarelor. P. 306.
F. Epidurita supurativă, poliomielita, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielita, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 87.

A. Meningită acută purulentă (septică), posibil secundară. P. 278.
B. Tunicile cerebrale (arahnoida și pia mater). P. 279.
C. Semne meningiene. P. 278.
D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecție, radiografia pulmonară, ECG. P. 279.
E. Antibioterapie și tratament sindromal, direcționat spre susținerea echilibrului hidroelectrolitic, prevenirea edemului cerebral și a altor complicații posibile. P. 279.
F. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

Cazul nr. 88.

A. Mielopoliradiculonevrită acută infecțioasă de tip Guillain-Barré, varianta ascendentă (Landry). P. 228.

B. Rădăcinile rahidiene, nervii periferici, nervii cranieni. P. 228.
C. Sindromului bulbar. P. 97.
D. Prezența nivelului de suferință a sensibilității pe tegumente, care însoțește de obicei o paraplegie sau tetraplegie. P. 20.
E. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, radiografia pulmonară, ECG, examenul electromiografic de stimulodetecție. P. 162, 229.
F. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi, diureză forțată, plasmafereza. P. 229.
G. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Coxsackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 89.
A. Poliradiculonevrită acută infecțioasă de tip Guillain-Barré, varianta ascendentă (Landry). P. 228.
B. Rădăcinile rahidiene, nervii periferici, nervii cranieni. P. 228.
C. Semne de elongație a nervilor periferici. P. 97.
D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, radiografia pulmonară, ECG, examenul electromiografic de stimulodetecție. P. 162, 229.
E. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi, diureză forțată, plasmafereza. P. 229.
F. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Coxsackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 90.
A. Boala Devic (opticomielită). P. 328.
B. Căile vizuale anterioare. P. 328.
C. Dereglare insulară (care nu comunică cu hotarele externe) a integrității câmpului vizual. P. 72–73.
D. Oftalmoscopul. P. 331.
E. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi (eventual – puls-terapie), diureză forțată, plasmafereză. P. 331–333.
F. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Coxsackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 91.
A. Mielită transversă secundară în evoluție ascendentă, posibil bacteriană. P. 304.
B. Măduva spinării la nivel lombar, toracic, cervical. P. 20, 42.
C. Limitarea mișcărilor active (voluntare) în mâini și picioare. P. 37, p. 306.
D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcțiilor de micțiune și defecație, profilaxia escarelor. P. 306.
E. Epidurita supurativă, poliomielita, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielita, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 92.
A. Encefalită de origine virală, posibil gripală. P. 284.
B. Trunchiul cerebral. P. 284.
C. Bolnavul culcat pe spate ridică un picior la 90° în articulație coxofemurală, apoi, cu călcâiul aceluiași picior, atinge genunchiul celuilalt picior și coboară cu el pe creasta tibială până la planta piciorului. P. 60–61.

D. Protecție celulară nespecifică (interferon), combaterea edemului (manitol, clicerol, furosemid, diacarb). Gama-globulină, remantadin, desensibilizant, dicenon, acid ascorbinic. P. 284.
E. Encefalita herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție virală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare. P. 282, 284, 287, 288.

Cazul nr. 93.
A. Tromboză septică bilaterală de sinus cavernos, mai accentuată pe dreapta. P. 265.
B. Nervii III, IV și VI pe dreapta, nervul II pe stânga, nervul V bilateral. P. 73, 76, 79.
C. Examinarea reflexului cornean se efectuează prin atingerea corneei cu o bucățică de vată. Reacția de răspuns: închiderea ochilor (arcul reflex trece prin nervii V și VII). P. 81.
D. CT cerebrală cu sau fără contrast, RM cerebrală, puncție lombară cu însămânțarea lichidului cefalorahidian, hemocultura, radiografia pulmonară. P. 265.
E. Antibioterapie, anticoagulante (cu prudență), tratamentul sindromului de hipertensiune intracraniană (corticosteroizi, osmodiuretice). P. 265.
F. Meningitele și meningoencefalitele microbiene și virale, tumoarea cerebrală, hemoragia subarahnoidiană. P. 265.

Cazul nr. 94.
A. Encefalită secundară? Abces cerebral? P. 282, 406.
B. Fosa craniană posterioară (trunchiul cerebral, cerebelul). P. 282, 406.
C. Bolnavul simte mult mai intens excitația dureroasă decât este ea în mod obișnuit. P. 15.
D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni alte complicații posibile. Tratament chirurgical. P. 284, 406.
E. Encefalita herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție virală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare. P. 282, 284, 287, 288.

Cazul nr. 95.
A. Encefalită septică (bacteriană). P. 282.
B. În bacteriemia fulgerătoare se instalează rapid o stare de șoc bacterian, numită *sindrom Waterhouse-Friderichsen*, cu paloare, cianoză, tahicardie, hipotensiune, urmate rapid de obnubilare, agitație și comă. P. 279.
C. Sindrom licvoreean meningitic. P. 152.
D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidroelectrolitic și a preveni alte complicații posibile. În cazul indicațiilor prezente – tratament chirurgical. P. 284, 406.
E. Encefalita herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție virală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare. P. 282, 284, 287, 288.

Cazul nr. 96.
A. Intoxicație cu oxid de carbon. P. 349.
B. Coma este secundară (toxică). P. 200.
C. Respirație artificială, inhalație de oxigen cu sau fără $CO_2$ (4–5%), analeptice, glucoză cu acid ascorbinic, vitamina $B_1$, corticosteroizi. Oxibaroterapie. P. 349.
D. CT cerebrală, RM cerebrală, puncție lombară, EEG. P. 350.
E. Encefalita herpetică, alte intoxicații, alte come primare și secundare. P. 200, 282, 349–352.

Cazul nr. 97.

A. Meningită tuberculoasă bazală. P. 280.
B. Nervul oculomotor comun stâng (perechea a III-a). P. 73.
C. Trei sau patru medicamente antituberculoase (izoniazid, rifampicină, pirazinamidă, streptomicină), piridoxină. P. 278.
D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecție, radiografia pulmonară, ECG. P. 279.
E. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

Cazul nr. 98.

A. Mielită transversă, posibil bacteriană. P. 304.
B. Măduva spinării la nivel toracic. P. 20, 42.
C. Hipertonus muscular „lamă de briceag", hiperreflexie, semne patologice clonusul patelei şi talonului piciorului. P. 42.
D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcțiilor de micțiune şi defecație, profilaxia escarelor. P. 306.
E. Epidurita supurativă, poliomielita, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielita, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 99.

A. Encefalită reumatică (coreea Sydenham). P. 284.
B. Hiperkineze coreice. P. 53, 285.
C. Regim la pat, izolarea şi luarea măsurilor de protejare contra loviturilor. Nutriție variată şi bogată în vitamine şi proteine. Tratament etiologic antireumatismal. Tranchilizante. P. 286.
D. Analiza generală a sângelui, examenul biochimic al sângelui la antistreptolizine, analiza lichidului cefalorahidian, electroencefalografia, RM cerebrală. P. 286.
E. Afecțiunile însoțite de mişcări involuntare: encefalopatii infantile, forma juvenilă a coreei Huntington, neuroza mişcărilor obsesive, tireotoxicoza etc. P. 286.

Cazul nr. 100.

A. Scleroză multiplă. P. 328.
B. Pacientul se află în decubit dorsal. Cu un obiect ascuțit, dar care nu zgârie (vârful mânerului ciocănaşului neurologic) se va excita pielea abdomenului de la exterior spre interior: pentru reflexele abdominale superioare la nivelul rebordului costal, medii – la nivelul ombilicului, inferioare – paralel cu plica inghinală, ceea ce, în mod normal, conduce la contractarea muşchilor abdomenului. P. 40.
C. Puls-terapie cu metilprednisolon, tratament sindromal, apoi cu interferoane. P. 331–333.
D. Examenul fundului de ochi; potențiale evocate vizuale, somestezice, motorii; examen prin rezonanță magnetică cerebrală. P. 331.
E. Encefalită herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție virală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare, procese neoplazice cerebrale. P. 282, 284, 287, 288, 357.

Cazul nr. 101.

A. Criză isterică. P. 517.
B. Rezistență activă la examinare (*gegenhalter*). P. 518.

C. Antidepresive asociate cu neuroleptice, tratament psihanalitic şi psihoterapeutic. P. 519.
D. Examenul fundului de ochi; EEG. P. 518.
E. Nevroza obsesiv-compulsivă, crizele epileptice. P. 518.

Cazul nr. 102.
A. Disfuncţie vegetativă hipotalamică. P. 503.
B. Crize vegetative (atacuri de panică). P. 498.
C. Antidepresive, benzodiazepine, beta-adrenoblocante. Psihoterapie. P. 498–499.
D. Examenul fundului de ochi; EEG. CT cerebrală, RM cerebrală (opţional). P. 498–512.
E. Nevroza obsesiv-compulsivă, crizele epileptice, sindromul de hiperventilaţie, distonia neuro-vegetativă de stres, distonia neuro-vegetativă constituţională. P. 499–503.

Cazul nr. 103.
A. Stare de rău epileptic. Epilepsie criptogenă. P. 503.
B. De tip central. Dacă este lezată calea corticonucleară spre nucleul nervului facial, paralizia muşchilor mimici din partea opusă focarului ţine numai de grupul lor inferior. P. 86.
C. Evitarea traumatizării pacientului în timpul convulsiilor. Diazepam, clonazepam, glucoză, tiamină, phenytoină. Anestezie generală. P. 433.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, puncţie lombară. CT cerebrală, RM cerebrală. P. 498–512.
E. Criza de decorticare sau decerebrare, coma metabolică, stările pseudocomatoase, atacul de panică, criza isterică. P. 198–200, 498, 518.

Cazul nr. 104.
A. Nevralgie de trigemen esenţială. P. 232.
B. Zone declanşatoare (*trigger zone*). P. 233.
C. Carbamazepină (tegretol, finlepsin, timonil). Blocade cu novocaină, alcoolizarea nervului. Amitriptilină, intervenţia neurochirurgicală Janeta (opţional). P. 233.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 154.
E. Criza de nevralgie de trigemen secundară, nevralgia glosofaringiană. P. 233.

Cazul nr. 105.
A. Tumoră de lob temporal stâng. P. 365.
B. Agrafie. P. 144.
C. Disociaţie proteico-celulară. P. 152.
D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) şi tratament sindromal, pentru a menţine echilibrul hidro-electrolitic şi a preveni alte complicaţii posibile. Tratamentul chirurgical. P. 374.
E. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
F. Abcesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformaţia arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 106.
A. Tumoră de lob temporal drept. P. 365.
B. Sindromul de hipertensiune intracraniană. P. 357.
C. Halucinaţie olfactivă. P. 70.

D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) şi tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic şi a preveni alte complicații posibile. Tratament chirurgical. P. 374.
E. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
F. Abcesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 107.
A. Cisticerc de ventricul IV. P. 411.
B. Crize ocluzive pe fundalul sindromului de hipertensiune intracraniană. P. 357.
C. Conservator: biltricid (prazicontel). Chirurgical: excizia parazitului. P. 412.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
E. Tumora de fosă craniană posterioară, abcesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 369, 391, 406.

Cazul nr. 108.
A. Miastenia gravă. P. 474.
B. Criză miastenică. P. 476.
C. Tratamentul crizei: respirație asistată, anticolinesterazice, corticosteroizi, plasmafereză. În afara crizelor: corticosteroizi în doză de susținere; azotioprină; timomectomie (în cazul când este diagnosticată). P. 475.
D. Testul seric la anticorpi anticolinesterazici, proba cu prozerină, examenul electromiografic, CT mediastinului (timom?). P. 475.
E. Distrofia musculară progresivă, miotonia, sindromul miastenic Lambert-Eaton, tireotoxicoza, criza vegetativă. P. 340, 472, 473, 475, 498.

Cazul nr. 109.
A. Mioplegie paroxismală Westfall. P. 469.
B. Fasciculațiile sunt contracții ale unor fascicule musculare, care nu duc la deplasări ale segmentelor de membru. Subiectiv, pacienții acuză senzația de „zvâcniri musculare", „ de parcă pe sub piele s-ar mişca ceva" etc. P. 42.
C. Administrarea de sodiu are o influență favorabilă. P. 470.
D. Ionograma, examenul electromiografic, consultul genetic. P. 469.
E. Distrofia musculară progresivă, miotonia, miastenia gravă, sindromul miastenic Lambert-Eaton, tireotoxicoza, criza vegetativă. P. 340, 472, 473, 474, 475, 498.

Cazul nr. 110.
A. Miastenia gravă. P. 474.
B. Criză hipercolinesterazică. P. 476.
C. Tratamentul crizei hipercolinesterazice: atropină. Tratamentul miasteniei: corticosteroizi în doză de susținere; azotioprină; timomectomie (în cazul când este diagnosticată). P. 475.
D. Testul seric la anticorpi anticolinesterazici, proba cu prozerină, examenul electromiografic, CT mediastinului (timom?). P. 475.
E. Distrofia musculară progresivă, miotonia, sindromul miastenic Lambert-Eaton, tireotoxicoza, criza vegetativă. P. 340, 472, 473, 475, 498.

Cazul nr. 111.

A. Stare după criză epileptică tonico-clonică generalizată (*grand mal*). Epilepsie de lob temporal? P. 430.
B. Aură, caracteristică epilepsiei lobului temporal, care în circa 80–90% din cazuri este epigastrală. P. 86.
C. Diazepam – 10 mg i/v, i/m sau intrarectal, pentru prevenirea crizelor ulterioare. Supraveghere medicală. P. 433.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 431.
E. Atacul de panică, sincopa, criza isterică. P. 498, 518.

Cazul nr. 112.

A. Epilepsie simptomatică cu crize tonico-clonice generalizate frecvente. P. 503.
B. Stare de rău epileptic. P. 432.
C. Evitarea traumatizării pacientului în timpul convulsiilor. Diazepam, clonazepam, glucoză, tiamină, phenytoină. Anestezie generală. P. 433.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, puncţie lombară, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 498–512.
E. Criza de decorticare sau decerebrare, coma metabolică, stările pseudocomatoase, atacul de panică, criza isterică. P. 198–200, 498, 518.

Cazul nr. 113.

A. Epilepsie criptogenă? Epilepsie simptomatică? P. 429.
B. Crize parţiale simple somato-senzoriale (crize jacksoniene senzitive în hemicorpul stâng cu debut pe faţă). P. 428.
C. Diazepam 10 mg i/v, i/m sau intrarectal, pentru prevenirea crizelor ulterioare. Supraveghere medicală. P. 433
D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 431.
E. Atacul de panică, sincopa, criza isterică. P. 498, 518.

Cazul nr. 114.

A. Diabet zaharat. Encefalopatie diabetică. P. 340.
B. Comă hipoglicemică. P. 202.
C. Glucoză. Tiamină. Oxigenoterapie. P. 200, 433.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, puncţie lombară, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 195–199.
E. Criza de decorticare sau decerebrare, altă comă neurogenă sau metabolică, stările pseudocomatoase, atacul de panică, criza isterică. P. 198–200, 498, 518.

Cazul nr. 115.

A. Cefalee „în ciorchine" (cluster). P. 178.
B. Mioză, ptoză palpebrală superioară, enoftalmie. P. 510.
C. Tratamentul atacului dureros se face cu ajutorul dihidroergotaminei (spray nazal), triptanelor, inhalaţiei oxigenului pur timp de 10 minute. În tratamentul profilactic litiul carbonat ocupă un loc important. Mai sunt indicaţi şi antagoniştii ionilor de calciu (nimotop, verapamil, izoptin). P. 178.
D. Examenul fundului de ochi, computer tomografie, rezonanţă magnetică, pentru a exclude o maladie neurologică în evoluţie. P. 179.
E. Migrena, cefaleea tensională, hemicrania paroxismală, cefaleea condiţionată de hipertensiunea intracraniană, cefaleea posttraumatică, alte cefalee secundare. P. 173, 176, 178, 179–180.

Cazul nr. 116.

A. Tumoră de lob temporal drept. P. 365.
B. Halucinații auditive complexe. P. 145, 366.
C. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni alte complicații posibile. Tratament chirurgical. P. 374.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
E. Abcesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 117.

A. Radiculopatie discogenă $L_5$-$S_1$ pe dreapta. Tulburări de ortostatism. Sindrom algic violent. P. 218–226.
B. Ganglionar, radicular, „corn medular posterior", comisural (siringomielic). P. 19.
C. Combaterea durerii (analgezice, nesteroizi antiinflamatorii, infiltrații cu steroizi spasmolitici etc.). Tratament ortopedic. Terapie manuală. Tratament fizioterapeutic. Tratament chirurgical.
D. Radiografie simplă a coloanei vertebrale lombare, CT a coloanei lombare, RM a coloanei lombare, EMG. P. 223–225.
E. Tumora de *Cauda equina*, spondilita tuberculoasă, tumora localizată în bazinul mic, spondilolistezis. P. 218–226.

Cazul nr. 118.

A. Nevralgie glosofaringiană, esențială. P. 233.
B. Sensibilitatea superficială a feței are o reprezentativă somatotopică în nucleul tractului spinal al nervului trigemen. În porțiunea orală a nucleului se termină fibrele nervoase, ce conduc impulsurile de la receptorii situați mai aproape de linia mijlocie a feței, iar în porțiunea caudală – cele care vin de la receptorii situați mai departe de această linie. Datorită acestui fapt, manifestările clinice de dereglare a sensibilității poartă, în cazul afectării nucleare, un caracter segmentar (zonele Zelder). P. 80.
C. Carbamazepină (tegretol, finlepsin, timonil). Infiltrații cu novocaină, alcoolizarea nervului. Amitriptilină, intervenția neurochirurgicală Janeta (opțional). P. 233.
D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 154.
E. Criza de nevralgie glosofaringiană secundară, nevralgia de trigemen. P. 233.

Cazul nr. 119.

A. Nevrită facială dreaptă cu pareză mimică ipsilaterală de tip periferic. P. 230.
B. La închiderea voluntară a ochiului din partea bolnavă examinatorului îi rămâne vizibilă o fâșie albă de scleră, deoarece pleoapa inferioară nu se lipește de cea superioară. P. 85, 231.
C. Corticosteroizi. În funcție de etiologie: aciclovir, antibioterapie. Exerciții mimice în fața oglinzii. Acupunctură. P. 231–232.
D. Examenul fundului de ochi; CT cerebrală, RM cerebrală, EMG de stimulodetecție. P. 154.
E. Fractura bazei craniene, neurosifilisul, neurinom de acustic, otita, otomastoidita, intervențiile chirurgicale pe mastoidă. P. 230–231.

Cazul nr. 120.

A. Boala Lyme. Meningită borelică limfocitară. P. 316.
B. Punctele unde ramurile nervului trigemen îşi fac apariţia pe faţă (*incisura supraorbitalis, foramen infraorbitalis, foramen mentalis*). P. 81.
C. Puncţia lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, diagnosticul de laborator de detectare directă şi indirectă a *Borreli burgdorferi*, hemocultura, însămânţarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecţie, radiografia pulmonară, ECG. P. 317.
D. Antibioterapie de spectru larg de acţiune (macrolide, tetracicline, peniciline semisintetice, cefalosporine de generaţiile II şi III) şi tratament sindromal, pentru a menţine echilibrul hidro-electrolitic şi a preveni edemul cerebral şi alte complicaţii posibile. P. 317–318.
E. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

## CUPRINS